

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 133

Travail de la Clinique chirurgicale
de M. le Professeur Tixier

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des FIBROMES de la MAIN
et des DOIGTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henriette JAMIN

Ancienne Externe des Hôpitaux

Chef de Laboratoire adjoint à la Faculté

Née à LYON (Rhône), le 18 Mars 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FIBROMES
DE LA MAIN ET DES DOIGTS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 133

Travail de la Clinique chirurgicale
de M. le Professeur Tixier

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des FIBROMES de la MAIN
et des DOIGTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henriette JAMIN

Ancienne Externe des Hôpitaux

Chef de Laboratoire adjoint à la Faculté

Née à LYON (Rhône), le 18 Mars 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	COURT (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RIENTER	CHALIER (Joseph)
PIÉRY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président; PATEL, assesseur
 PIÉRY et BONNET, agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
LE DOCTEUR A. JAMIN,
Chef de clinique d'accouchement à la Faculté

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR ANDRÉ JAMIN,
Médecin consultant à Châtel-Guyon

A MON ONCLE, LE DOCTEUR A. MAZERAN,
Médecin consultant à Châtel-Guyon

MEIS ET AMICIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER,
Professeur de clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Pour le très grand honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider
notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL,
Professeur de Chirurgie opératoire
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERY

qui nous a toujours témoigné le plus
flatteur intérêt.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET,
Chirurgien des Hôpitaux

Inspirateur de ce travail, auquel il
a beaucoup contribué et qui fut pour
nous un maître très bienveillant.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous désirons exprimer notre gratitude à tous ceux qui nous ont guidée, conseillée, encouragée dans nos études.

Notre première reconnaissance sera pour notre père, le Docteur A. Jamin, dont la vie fut pour nous un exemple unique de probité professionnelle, qui nous a fait aimer et admirer la profession médicale, et qui nous a donné, pendant huit ans, l'exemple d'une souffrance héroïquement supportée. Notre mère, d'un admirable courage elle aussi, fut toujours le modèle le plus parfait de l'abnégation et de la bonté ; qu'elle soit assurée de notre infinie tendresse et de toute notre admiration.

Dans les Hôpitaux, à la Faculté, nous avons toujours reçu le meilleur, nous pourrions dire le plus affectueux accueil ; nous exprimons ici à tous nos Maîtres notre bien vive et respectueuse gratitude pour leur bienveillance, grâce à laquelle nous conserverons de nos études médicales le plus inoubliable souvenir.

Parmi eux, il en est un qui, bien qu'étranger aux Hôpitaux, forçait l'admiration de tous, et qui, vieux,

cassé, marchant avec peine, gravissait tous les matins les durs escaliers de l'Hôtel-Dieu ; nous avons nommé le Docteur E. Lelorrain.

Bien avant le début de nos études universitaires, il nous encourageait au travail ; à l'hôpital, il n'a cessé de nous témoigner le plus réel intérêt ; il a été pour notre père, durant sa longue maladie, un ami très fidèle. Nous avons pour lui une entière admiration et une profonde affection ; nous conserverons pieusement et respectueusement sa mémoire.

Au moment où, notre externat terminé, nous nous disposions, non sans une certaine tristesse, à quitter les hôpitaux, M. le Professeur Tixier a bien voulu nous faire l'honneur de nous admettre au laboratoire de la clinique chirurgicale, où nous avons retrouvé avec joie la douce habitude du service hospitalier quotidien. Qu'il veuille bien accepter ici avec l'expression de notre reconnaissance l'hommage de ce travail, tout indigne qu'il soit de lui être dédié.

A ce même laboratoire, nous avons eu le plaisir de travailler auprès du Docteur E. Pollosson, chef de clinique chirurgicale, qui nous a témoigné une inlassable indulgence. Nous sommes heureuse de pouvoir reporter sur lui les sentiments d'admiration et de reconnaissance que nous avons toujours eus pour son père, M. le Professeur Auguste Pollosson.

Enfin, nos études étant terminées, M. le Professeur agrégé P. Bonnet, chirurgien des Hôpitaux, a bien voulu, non seulement nous inspirer ce travail, mais

encore nous guider et nous encourager. Nous avons contracté envers lui une grande dette de reconnaissance, et lui exprimons notre infinie gratitude.

Que ce travail soit, auprès de tous ceux qui nous sont chers, l'interprète de nos sentiments.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES FIBROMES
DE LA MAIN ET DES DOIGTS

INTRODUCTION

Ayant eu, ces dernières années, dans le service de M. le Professeur Tixier, l'occasion d'observer deux tumeurs de la main et des doigts, rappelant l'aspect du fibrome, nous avons désiré nous faire une opinion sur leurs caractères anatomo-cliniques.

M. le Professeur agrégé P. Bonnet, chirurgien des Hôpitaux, nous a conseillé d'en faire l'objet de notre thèse et, dans ce but, de réunir les observations éparses dans la littérature, pour en tirer les documents nécessaires à une étude d'ensemble.

Nous avons en effet retrouvé, à la lecture de travaux antérieurs, et au cours de nos recherches bibliographiques, de nombreuses observations, où figure comme dénomination le terme de fibrome de la main ou des doigts. Mais ce qui nous a frappée, dès l'abord, c'est l'extrême diversité des lésions inscrites sous ce nom, et qui répondent, au total, à des affections très différentes, qui mériteraient d'être distinguées par

une dénomination précise. Aussi, nous sommes-nous appliquée, par l'analyse méthodique des observations, à tenter une clasifcation des tumeurs de la main ou des doigts où l'examen histologique a révélé la présence de tissu fibreux. On verra, dans cette classification, que beaucoup de ces tumeurs, malgré l'étiquette qui leur a été mise, s'éloignent singulièrement de l'idée que nous nous faisons des fibromes en général.

Dans l'esprit de tous, en effet, le fibrome, par analogie avec le fibrome de l'utérus, qui est lui-même, il ne faut pas l'oublier, un fibromyome, représente une tumeur arrondie, bien circonscrite, élastique, énucléable, criant à la coupe sous le scalpel, montrant à la coupe une tendance à l'éversement, un aspect blanchâtre, assez homogène, où se dessinent des tourbillons.

Or, bien peu de tumeurs de la main, étiquetées fibromes à l'examen histologique, répondent à ces caractères cliniques fixés dans notre esprit. Par contre, un certain nombre de celles qui paraissent se rapprocher du fibrome par leur aspect ne renferment à l'examen histologique la présence de tissu fibreux.

Nous sommes donc bien obligée, dans une classification, de tenir compte de l'examen histologique, et de ne retenir comme fibromes que celles qui montrent à l'examen histologique la présence de tissu fibreux.

Et alors, nous nous trouvons en présence de tumeurs très différentes dans leur aspect anatomique, leur localisation et leurs manifestations cliniques.

Les fibromes purs existent pourtant, comparables

d'aspect aux fibromes utérins, mais ils sont, somme toute, relativement rares parmi les formes très disparates des tumeurs fibreuses.

Ici comme ailleurs, on rencontre des fibromes associés à d'autres tissus et la prédominance du tissu fibreux n'est pas toujours évidente dans les formes que l'on peut appeler fibro-lipomes, fibromes vasculaires, fibro-myxomes.

Par ailleurs, les tumeurs fibreuses se révèlent comme ayant souvent une origine inflammatoire et ne représentent qu'une forme de la réaction à l'inflammation des loges celluleuses où elle se produit, aboutissant à une sorte de cloisonnement par du tissu fibreux, assez bien circonscrit pour mériter le nom de tumeur.

D'autre part, l'existence au niveau de la main et des doigts, du tissu fibreux différencié au voisinage des organes nobles, tels que les tendons, leurs synoviales, les articulations, sous forme de capsules articulaires, d'aponévroses, de gaines péritendineuses, imprime aux tumeurs fibreuses une localisation plus particulière et des caractères anatomiques qui peuvent servir à les différencier. C'est ainsi que l'on peut distinguer des fibromes aponévrotiques, des fibromes des gaines synoviales, des fibro-lipomes des loges celluleuses, des fibromes de la pulpe des doigts.

La classification à laquelle nous avons abouti pourra paraître sans doute un peu schématique, elle n'a d'autre but que d'apporter un peu de clarté dans la compréhension de ces tumeurs et de faire saisir leurs caractères communs.

Elle représente un cadre artificiel, permettant de comparer dans l'avenir les cas observés à ceux auxquels leurs caractères semblent avoir conféré une individualité. Elle ne peut donc prétendre, comme toute classification, qu'à une existence provisoire, appelée à un démembrement partiel, à mesure que des faits nouveaux permettront de mieux connaître la nature et les particularités anatomiques des tumeurs fibreuses de la main et des doigts.

Toute l'étude des tumeurs du tissu conjonctif de la main serait en effet à reprendre sur la base d'observations minutieusement étudiées. Les myélomes des gaines ; les chondromes ; les tumeurs malignes du tissu conjonctif ne sont peut-être pas très éloignées, dans leur nature, des tumeurs étudiées ici, et qui n'ont pas toutes un caractère de bénignité définitif.

CLASSIFICATION

A. — Tumeurs fibreuses du bourrelet digito-palmar de l'origine professionnelle.

Ce sont de petites tumeurs sous-jacentes à un durillon ou à un épaissement corné des téguments, qui s'observent à la face palmaire de la main, en regard de la tête du métacarpien. La tumeur est du volume d'un pois à celui d'une noisette, très bien circonscrite au milieu du tissu cellulaire, à ce niveau très dense et cloisonné par des logettes ; parfois, elle est séparée des téguments par une véritable bourse séreuse, sorte d'hygroma qui laisse les téguments mobilisables à sa surface ; dans d'autres cas, elle adhère au derme épaissi sous un tégument coriace qui lui-même présente une apparence cornée. Elle n'adhère pas aux plans profonds.

Blanchâtre, facilement énucléable, elle apparaît à la coupe formée d'une coque périphérique nacrée, constituée par du tissu fibreux, et d'une partie centrale, plus molle, jaunâtre, en état de dégénérescence granulo-graisseuse.

Ces tumeurs fibreuses apparaissent, au même titre que le durillon, chez les manœuvres. Elles s'installent assez rapidement, en quelques mois ou un petit nombre d'années, précédées d'une tuméfaction diffuse, d'apparence inflammatoire, qui se circonscrit peu à peu. Elles sont gênantes plutôt que douloureuses, sujettes à de légères poussées inflammatoires, qui les rendent momentanément sensibles à la pression.

Elles sont facilement extirpables.

OBSERVATION I

ROMBEAU (*Bull. Soc. Anat., Paris, 1853, p. 153*)

M. Rombeau montre une petite tumeur fibreuse enlevée par M. Velpeau sur la paume de la main d'une femme de 30 ans.

Cette malade s'aperçut il y a deux ans, de la présence d'une petite tumeur dans la paume de la main droite. C'était plutôt un épaississement du derme et de l'épiderme, qu'une tumeur proprement dite. Elle se servait de sa main pour des travaux assez rudes. Peu à peu, la tumeur augmente; en deux ans, elle acquiert le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Dans la paume de la main droite, sur le trajet des tendons fléchisseurs, principalement vers le tendon qui se rend au médius, on observe une tumeur sphérique du volume d'une noisette. Cette tumeur extérieurement a une apparence cornée; elle semble parcourue par des stries parallèles qui forment à la surface comme des écailles; elle est résistante, adhérente à la peau; sa base est nettement délimitée par un cercle d'épiderme d'apparence cornée. Cette tumeur est jaune grisâtre; elle n'est le siège d'aucune dou-

leur. Dissection, ablation de la tumeur par deux incisions circonscrivant la tumeur et se rencontrant à angle aigu.

Cicatrisation presque complète le 18 juin.

A la coupe, cette tumeur est blanche, d'un blanc plus net à la profondeur qu'à la surface; elle est un peu plus molle à mesure qu'on se rapproche des couches plus profondément placées, et résiste à la coupe.

A l'examen microscopique, on trouve dans toute l'étendue de la tumeur, en quelques points qu'on prenne les tissus, l'élément histologique des tumeurs fibreuses; c'est-à-dire qu'on trouve l'élément, la fibre fondamentale du tissu fibreux. En effet, on distingue des faisceaux de fibres enroulées, agglomérées, puis à la périphérie de la préparation quelques fibres souvent isolées présentant les caractères suivants : Les bords en sont nets, bien limités de manière à parfaitement trancher sur la matière amorphe des granulations moléculaires qui se rencontrent là comme dans toute préparation au microscope. Toutefois, les derniers éléments sont plus abondants dans les portions molles de la tumeur. De plus, à ses extrémités, la fibre est également bien tranchée à bords déchiquetés et même les extrémités semblent contournées.

Rien à noter sur les vaisseaux.

OBSERVATIONS II et III

LAFOURCADE, (*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1895, p. 640)

Première observation

Jeune homme de 28 ans, travaillant la terre, porte à la paume de la main droite, au-dessus de l'annulaire, au niveau de la tête du IV^e métacarpien, une tumeur du volume d'une grosse noisette, dont le début remonte à un an environ. Elle s'est accrue lentement et est gênante plutôt que douloureuse. Elle est très dure, mobile dans tous les sens; la peau très épaissie glisse sur elle; elle ne semble avoir aucune connexion avec les parties profondes. Je diagnostique un fibrome probable sous-cutané.

Opération à la cocaïne en mai 1894. Après avoir traversé le derme présentant un épaissement coriace de 4 à 5 millimètres, j'ouvre une bourse séreuse dans laquelle apparaît la tumeur d'un blanc nacré. L'extirpation en est très facile. La bourse séreuse étant enlevée, l'aponévrose palmaire apparaît nettement. Je résèque la partie indurée du derme et suture au crin de Florence. Guérison en huit jours.

A la coupe, la petite tumeur présente à son centre une cavité limitée par une paroi de un demi-centimètre environ et remplie d'une substance jaunâtre, puriforme, épaisse et grenue.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une matière granulo-graisseuse. La paroi est constituée par du tissu fibreux pur.

Deuxième observation

Jeune homme de 32 ans, jardinier, présentant au niveau de l'éminence hypothénar gauche, à son extrémité inférieure, une tumeur du volume d'une noix, ayant débuté cinq mois auparavant, très dure et très mobile. Elle me rappelle absolument celle que j'avais déjà observée.

Opération en mars dernier, à la cocaïne. Même épaissement du derme, même bourse séreuse enveloppante, même indépendance de la peau et des parties profondes. Guérison en huit jours.

A la coupe, la tumeur présente une disposition analogue à la tumeur précédente et l'examen histologique montre que le centre est formé par de la matière granulo-graisseuse et la paroi par du tissu fibreux pur.

B. — Tumeurs fibreuses développées autour d'un corps étranger.

Ces tumeurs sont caractérisées par le développement, à la suite de pénétration d'un corps étranger (aiguille, écharde de bois, épine), dès les premiers temps d'abord, d'une tuméfaction diffuse, souvent accompagnée de signes inflammatoires, qui, au bout de quelques mois, s'organise pour aboutir à la formation d'un nodule fibreux, ébauche d'une tumeur fibreuse, dont l'accroissement se fait alors assez rapidement.

Ces tumeurs, du fait de leur étiologie, peuvent siéger en un point quelconque de la main ou des doigts.

Elles se présentent comme de simples nodosités ou sous forme de véritables tumeurs, adhérentes aux tissus voisins, aux tendons en particulier.

Elles sont caractérisées anatomiquement par la présence à leur intérieur du corps de délit, qui se trouve en quelque sorte englobé, exclu, dans une coque de tissu fibreux, au centre d'une masse ramollie, siège de suffusions hémorragiques qui lui confèrent une coloration pigmentée.

La coque du tissu fibreux est semée par places d'amas lymphoïdes qui rappellent l'aspect des lésions de nature tuberculeuse, des tubercules anatomiques en particulier.

Leur extirpation peut présenter, du fait de l'adhérence secondaire aux tendons ou même de leur englobement, une certaine difficulté.

OBSERVATION IV

CHEVASSU (*Arch. Méd. et Pharm. Milit.*, XXVIII, 1895)

Tumeur fibreuse du dos de la main droite englobant les tendons extenseurs des trois derniers doigts, survenue à la suite d'une piqûre par une épine retrouvée dans son tissu.

D... Auguste, 22 ans; entré à l'hôpital le 30 avril 1895.

Au mois d'août 1893, il fut blessé par une épine qui pénétra au niveau de la partie moyenne du deuxième espace interosseux de la face dorsale de la main droite. Une portion de cette épine qui, au dire du malade, avait trois centimètres de longueur, demeura dans la plaie. Dès le lendemain, une tuméfaction assez marquée avait envahi tout le dos de la main et l'avant-bras. Un médecin essaye, le lendemain de l'accident, de retirer le corps étranger; une incision est pratiquée, mais l'épine ne peut être retrouvée. Peu à peu le gonflement diminue sous l'influence d'un traitement par les bains antiseptiques et le pansement humide.

Depuis lors, cet homme a toujours ressenti quelques douleurs qui devenaient plus vives quand il se servait de cette main. Il compare la douleur qu'il ressentait alors à une piqûre profonde.

Il y a cinq mois, ce blessé s'est aperçu d'une légère grosseur au voisinage du point d'entrée de l'épine, et depuis, cette grosseur a augmenté lentement mais progressivement. Cet homme se plaint de ressentir fréquemment de l'engourdissement et des fourmillements dans l'annulaire et le médus. Les mouvements de ses doigts devenaient assez vite douloureux pour gêner le malade.

A l'entrée du malade à l'hôpital, nous constatons sur le

dos de la main droite une tumeur ayant à peu près la forme et le volume d'un macaron. Cette tumeur s'étend de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure des trois derniers métacarpiens, et, dans le sens transversal, du deuxième espace interosseux à la partie interne du dos de la main.

La peau est mobile sur la tumeur, qui est elle-même mobile sur les parties sous-jacentes quand les tendons extenseurs sont dans le relâchement. Si l'on fait contracter les tendons extenseurs, la tumeur perd sa mobilité. Elle est dure, bosselée, rénitente, mais ne présente pas de fluctuation. Quand on serre la tumeur transversalement, le malade accuse la sensation d'une piqûre profonde.

Les circonstances étiologiques ainsi que l'examen nous permettent de porter le diagnostic de tumeur fibreuse développée autour d'un corps étranger.

Le 6 mai, nous pratiquons sous le chloroforme l'ablation de cette tumeur dont la dissection a été assez délicate en raison de son adhérence intime aux tendons extenseurs des trois derniers doigts. Sutures sans drainage; les sutures sont enlevées le 14 mai; réunion par première intention.

Le blessé quitte l'hôpital quelques jours plus tard. Les mouvements des doigts sont aussi libres qu'avant l'accident. Au centre de la tumeur nous avons retrouvé l'épine qui a 12 millimètres de longueur.

Examen histologique pratiqué au laboratoire du Val-de-Grâce.

La tumeur qui s'est développée autour de l'épine est le résultat de la vive inflammation dont l'introduction du corps étranger a été le point de départ. Cette inflammation s'est traduite, d'une part, par une production très abondante de tissu fibreux; d'autre part, par un appel assez considérable de cellules lymphatiques. Ces cellules lymphatiques offrent ceci de particulier qu'au lieu d'être disséminées plus ou moins régulièrement dans toute l'étendue de la tumeur, elles forment çà et là de petits nodules inflammatoires qui présentent avec les nodules tuberculeux une grande ressemblance. Néanmoins, l'examen d'un grand nombre de coupes au point de vue de la présence dans ces nodules, soit du

bacille de Koch, soit des bacilles de diverses pseudo-tuberculeuses (actinomycose, etc...), est demeuré absolument négatif.

Ainsi constituée, cette tumeur ne rentre dans aucun groupe de la classification des tumeurs; néanmoins, si l'on voulait à toute force mettre sur elle une étiquette, celle de « fibrome avec nodules inflammatoires » paraît beaucoup se rapprocher de la vérité.

OBSERVATION V

K. BAYER (*Prag. Med. Wochenschr* XVIII. Jahrg. des Jahresb. *uber ges. Med., Bericht f. d. Jahr, 1883, Bd II. S. 360.*)

Deuxième cas. — Concerne un tourneur de 30 ans, chez lequel un traumatisme provoqua l'apparition de la tumeur à la phalange basale de l'annulaire (pénétration à ce niveau d'un éclat de bois).

Il enleva une partie du corps étranger immédiatement, le reste resta dans le doigt. Les symptômes rétrocedèrent au bout de huit jours. Une induration persista, qui se mit à grossir et au bout de quinze mois atteint le développement d'une tumeur dure, indolore, du volume d'une noix.

Le doigt ne pouvait être fléchi que sur un angle très faible.

L'extirpation donna une tumeur issue de la gaine fibreuse commune de l'annulaire. Au centre de la tumeur était inclus un éclat de bois de 1 cm. de longueur.

Il n'y eut pas de suppuration.

La tumeur était constituée par des couches externes de tissu fibreux dur, au centre par un tissu très vasculaire, granuleux.

Il n'y a sur la cause de production de la tumeur dans notre cas aucune hésitation.

Cet homme travaillait habituellement comme plongeur et n'a jamais exercé de métier dans lequel la surface palmaire des doigts soit exposée à des traumatismes mécaniques constants.

La croissance fut, ainsi que le montrent les anamnétiques, particulièrement lente.

Les lésions des tissus voisins de la tumeur étaient purement mécaniques. La flexion du doigt était gênée par la tumeur, et, d'autre part, apparurent à la peau des phénomènes de compression qui se traduisirent par la formation d'un fort réseau veineux.

OBSERVATIONS VI et VII

MULLER R. F. — TUMEURS PROVOQUÉES PAR DES CORPS ÉTRANGERS

(*Arch. f. Klin. Chir.* LXIII, 1901, p. 348) (résumées)

Première observation. — Ouvrier de 35 ans; épine datant de trois semaines. On constate un nodule dur à la base de la deuxième phalange, mobile, indolore, du volume d'un grain de plomb. La peau est normale.

Intervention : L'épine est plantée dans la petite tumeur qui est facilement extraite. Guérison.

Examen histologique : Autour du corps étranger, infiltrat leucocytaire, quelques rares cellules géantes, puis des fibroblastes et du tissu fibreux.

Deuxième observation. — Corps étranger datant de six mois (aiguille). Depuis la malade ressent une douleur légère à l'abduction et à l'opposition du pouce. On constate un nodule dur dans les muscles, au milieu du bord radial du premier métacarpien. Ce nodule roule sous le doigt lorsqu'on appuie de la base du doigt vers l'extrémité, il est à peine senti lorsqu'on palpe en allant de l'extrémité du doigt vers sa base. Légère douleur. Peau normale.

Intervention : Ablation de la tumeur avec la cicatrice cutanée, et un peu de tissu cicatriciel qui l'entoure. Une aiguille brisée de 4 cm. est implantée dans l'os.

A l'examen histologique, on trouve des fibroblastes, de nombreux capillaires, une substance fibreuse homogène semée de fibroblastes et de pigments.

C. — Fibromes des gaines synoviales.

Ces fibromes sont essentiellement caractérisés par leur siège au niveau des gaines synoviales des tendons.

On les observe donc soit au niveau des gaines digitales de l'index, du médius ou de l'annulaire, soit au niveau des deux gaines digito-carpiennes du pouce et du petit doigt. Elles sont conditionnées dans leurs variations de forme par les anomalies mêmes de ces synoviales.

Au niveau de la gaine digitale, elles peuvent être limitées à une portion de la gaine et siéger au niveau de la première phalange du doigt de préférence, elles peuvent aussi s'étendre sur toute la hauteur de la gaine depuis le pli digital inférieur jusqu'en regard des têtes métacarpiennes.

Elles sont ordinairement formées de plusieurs lobes bien circonscrits séparés par les parties condensées de la gaine fibreuse du tendon, en regard des articulations métacarpo-phalangiennes ou inter-phalangiennes, reliées les uns aux autres par un tractus fibreux ou un épaissement du tissu cellulaire. De sorte qu'il existe un fibrome plus volumineux, ordinairement au niveau de la première phalange du doigt,

un autre répondant à la deuxième phalange, un autre enfin répondant à la tête du métacarpien.

L'adhérence à la gaine synoviale est en général plus intime au niveau de la première phalange.

Au cours de son développement le fibrome peut s'étendre latéralement, contourner les faces latérales de la phalange osseuse, encerclant en fer à cheval sa face antérieure, sans contracter d'adhérences à la face dorsale avec le tendon extenseur.

Le nodule fibromateux est de coloration gris rosé, sa consistance ferme, élastique.

Histologiquement, ils sont constitués par du tissu fibreux exclusivement, on n'y rencontre pas de cellules à myéloplaxes. Ces tumeurs doivent cependant être assez voisines des tumeurs à myéloplaxes des synoviales décrites par Heurtaux et Malherbe sous le nom de myélome des gaines.

Cliniquement elles apparaissent indépendamment, semble-t-il, de toute manifestation tuberculeuse. Leurs relations avec un traumatisme antérieur ou une inflammation n'est pas signalée.

Leur évolution paraît être essentiellement lente et se chiffre par années.

Elles apparaissent sous forme de tumeurs nodulaires, égrenées en chapelet le long du doigt.

Les téguments sont mobiles au devant d'elles, par contre il existe un certain degré de fixité profonde, variable avec la fixité du tendon lui-même : mobiles dans une certaine mesure dans le sens transversal, elles ne se laissent pas mobiliser suivant l'axe du

doigt, leur fixité s'accuse lorsqu'on s'oppose à la flexion du doigt.

Leur consistance clinique est dure, cartilagineuse.

L'impotence fonctionnelle qu'elles entraînent se résume à une limitation de la flexion du doigt.

Il n'est pas rare pourtant que les filets nerveux collatéraux soient englobés ou soulevés par la tumeur. Il en résulte un certain degré d'hypoesthésie du doigt.

Les fibromes des gaines digito-palmaires paraissent être limités à une partie de la gaine synoviale. Nous n'en avons pas trouvé remontant au-dessus du ligament annulaire du carpe. Ce sont des tumeurs plus volumineuses, multilobées et bosselées plutôt que formées de nodules isolés les uns des autres. Leur partie palmaire soulève l'aponévrose.

Le diagnostic de ces tumeurs, dont la forme et la situation semblent imposer l'origine synoviale, doit présenter de grandes difficultés avec les synovites fongueuses et surtout avec les tumeurs à myéloplaxes, myélomes des gaines.

Leur consistance dure, leur forme plus nettement nodulaire, sont les éléments qui pourraient éventuellement servir au diagnostic.

L'extirpation est le seul traitement à leur opposer. Il importe de savoir qu'il faut s'attendre, au cours de la dissection, à être conduit au sacrifice d'une partie de la gaine tendineuse. Le résultat fonctionnel ne paraît pas en souffrir notablement.

OBSERVATION VIII

PILLIET A. H. (*Bull. Soc. Anat. Paris, 5^e série, t. VIII, 1893*)

FIBROME DE LA MAIN D'ORIGINE CICATRICIELLE

Dum... Marie-Louise, 44 ans, cuisinière, entrée le 29 avril 1893 à la Pitié dans le service du Professeur Tillaux.

Antécédents héréditaires. — Une sœur ayant eu durant 25 ans une tumeur de la région lombaire gauche, tumeur pédiculée qui, en dernier lieu, avait le volume d'un œuf. Opérée à Ivry, actuellement bien portante.

Antécédents personnels. — Variole dans l'enfance. Une grossesse et accouchement normaux à 18 ans. Une fausse-couche de quatre mois à la suite d'une chute en 1888.

Il y a un an et demi environ, en nettoyant un gros poisson, la malade se piqua avec une arête, à la face palmaire de la main droite, entre la racine de l'index et celle du médius. La plaie ne saigna pas. Dix minutes après, gonflement du dos de la main qui cesse au bout de deux jours à la suite d'application de compresses imprégnées d'eau blanche.

Une fois le gonflement disparu, la malade remarqua de la rougeur au niveau de la piqûre et une petite tumeur grosse comme une tête d'épingle. Dans l'espace de huit mois, elle devint grosse comme une noisette. La malade ressentit à ce moment des fourmillements dans toute la main, jusqu'au coude, quand elle était au repos.

Au mois de décembre 1892, contusion de l'index, flexion exagérée du doigt.

A dater de ce moment, la tumeur augmente plus rapidement, les mouvements de flexion déjà gênés deviennent de plus en plus difficiles, les fourmillements disparaissent.

Etat actuel. — Tumeur à la face palmaire de la main, au niveau du bord radial, du deuxième métacarpien au-dessous de la racine de l'index, allant jusqu'au niveau de l'axe prolongé du médius limitée en haut par le pli digito-palmar.

Tumeur dure, du volume d'une petite noix, présentant

deux petites bosselures à son sommet, peau légèrement rougie à sa surface, paraissant adhérente à son sommet, mobile à la périphérie. La mensuration de l'épaisseur de la région donne 3 cent. 5 à son niveau, tandis que du côté opposé elle ne donne que 2 cent. Tumeur presque immobile sur les parties profondes, seul un léger déplacement latéral est possible en dehors, la tumeur ne se meut pas lorsque l'on fait faire des mouvements de flexion et d'extension de l'index, elle est indépendante du tendon fléchisseur, mais adhère à la gaine dudit tendon.

La première phalange se fléchit sur le cétacarpien d'un angle de 25° au plus, les deux dernières phalanges se fléchissent sur les premières à peine la valeur d'un angle droit.

La malade rapproche difficilement les pulpes du pouce et de l'index, et lorsque l'on comprime la tumeur latéralement, une douleur assez vive se montre jusqu'à la moitié de l'avant-bras.

Opération. — Application de la bande d'Esmarch. Incision de la peau dans le sens de l'axe du doigt, on arrive ainsi sur une tumeur dure, blanche, fibreuse, criant sous le bistouri, la peau se laisse facilement détacher à sa surface, mais la tumeur elle-même présente une adhérence intime avec la gaine du fléchisseur, qui est ouverte pendant l'ablation. Le nerf collatéral de l'index est également sectionné; il était d'ailleurs compris dans l'épaisseur du néoplasme.

Hémostase spontanée. Suture à la peau.

Actuellement, 25 mai 1893, sensibilité conservée à toute la face palmaire de l'index, diminuée à la face externe, surtout pour la phalangine et la phalangette; sensibilité dorsale complète, sensibilité à la chaleur diminuée, surtout au niveau de la face palmaire de la phalangette; sensibilité au contact diminuée.

Mouvements : Flexion du doigt sur le métacarpien très limitée. Flexion de la phalangine sur la phalange pouvant aller jusqu'à l'angle droit. Flexion de la phalangette sur la phalangine impossible. Extension possible presque jusqu'à la rectitude.

La malade sort de l'hôpital le jour même.

Examen histologique fait au laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié. — On a continué à la débiter après avoir recueilli le nombre de coupes nécessaires pour l'examen, pour rechercher s'il restait quelque trace du corps étranger. Mais cette recherche est restée infructueuse. Le tissu de la tumeur se montre composé de deux parties bien différentes, et faciles à distinguer même à l'œil nu, et qui sont intriquées de façon à lui donner sur les coupes l'aspect de la noix muscade, moins la coloration.

La première substance, qui occupe la plus grande partie de la tumeur, est composée d'un tissu nacré, hyalin, transparent, et présentant tout à fait l'apparence du cartilage. Pourtant il reste clair sur les pièces traitées par l'hématoxyline et n'est pas du cartilage véritable. La seconde substance se colore fortement par tous les réactifs et forme des trainées, qui entourent les îlots de substances transparente.

Au microscope, la substance claire et qui paraît homogène à un faible grossissement, se montre à un grossissement suffisant sillonnée de fibres ondulées, très peu colorables par les réactifs. Les cellules qui remplissent ce tissu sont toutes étoilées comme les cellules des tendons examinées sur une coupe transverse, et leur protoplasma se détache en clair sur les préparations colorées soit au carmin d'alun, soit à l'éosine hématoxylique de Renaut, en sorte qu'elles paraissent entourées d'une cavité, et que l'aspect de cartilage que présentait la pièce persiste en partie dans les préparations examinées au microscope. Ce tissu transparent ne contient aucun vaisseau.

Le tissu coloré se montre constitué non par des cellules étoilées, mais par des cellules fusiformes très abondantes, logées dans une maille connective grêle dont les filaments fibrillaires sont très visibles. Sur quelques points on observe des cellules géantes comparables à celles de la moelle des os. Ces cellules englobent des vaisseaux sanguins abondants.

OBSERVATION IX

SAMUEL G. SHATTOCK. — (*Tr. Path. Soc. Lond.*, XLIV, 1893, p. 134)

FIBROME MOU DE LA BOURSE SYNOVIALE DU PETIT DOIGT

Il s'agit d'une tumeur allongée, cylindrique, de 5 cm. de long, 2 de large. Elle fut enlevée par M. Clutton chez une femme de 59 ans, une nurse, qui avait remarqué une grosseur de la paume de la main droite il y a 19 ans, elle était située sous l'aponévrose palmaire, s'étendant de la face



distale du pisiforme à la base du petit doigt. Elle est couverte d'une mince capsule de tissu conjonctif lâche, et présente à la section une structure nettement lobulée.

Histologie. — La tumeur, qui doit être considérée comme un fibrome mou est formée de lobes en forme d'îlots unis par un tissu connectif plus lâche, qui n'est cependant pas

très fortement différencié du précédent. Les lobes eux-mêmes sont composés d'une substance fondamentale finement fibrillaire, traversée de nombreux noyaux cellulaires allongés et groupés en amas serrés. Le tissu, ainsi que cela est visible par l'arrangement des noyaux cellulaires et la direction de la substance fibrillaire, est disposé en faisceaux entrecoupés.

Il n'y a nulle part de cellules géantes.

OBSERVATION X

TILLAX. — (*Gaz. des Hôpitaux*, 1894, p. 1)

Femme de 25 ans, domestique; entre le 13 novembre salle Gosselin, Hôpital de la Charité. Antécédents héréditaires et personnels excellents.

Elle porte à l'annulaire gauche une tumeur dont elle ne connaît pas exactement le début, mais qui remonte probablement à 18 ou 19 ans. C'est donc vers l'âge de 6 ou 7 ans qu'elle dût s'en apercevoir.

Cette tumeur augmenta lentement de volume, et lors de son mariage, à l'âge de 20 ans, la malade éprouva quelque difficulté à mettre son alliance. A 22 ans, il lui devint impossible de porter cette bague.

Elle vint à ce moment consulter un médecin, qui après quelques frictions d'onguent napolitain, faites sans résultat, trouvant une tumeur très fluctuante, crut à un abcès et pratiqua deux incisions dont les cicatrices sont encore visibles. Il ne sortit que très peu de sang.

De ce moment, l'accroissement de la tumeur fut plus rapide. La tumeur siège au niveau de la première phalange et se termine au niveau de l'insertion du tendon fléchisseur sur la troisième phalange. C'est donc une tumeur de la face antérieure de l'annulaire, occupant l'étendue de la deuxième phalange et une partie de la troisième; forme olivaire, allongée selon l'axe du doigt, à base supérieure peu élargie. Elle n'est pas régulière, mais manifestement bosselée.

La peau est nettement mobile, non adhérente aux parties sous-jacentes.

Consistance remarquable : irrégulière, elle présente un noyau ferme à côté duquel se trouvent des parties résistantes, presque fluctuantes. En prenant la tumeur entre les doigts, par ses parties latérales, j'ai trouvé une sorte de pointe faisant suite à une masse transversale, le tout traversant la tumeur et mobilisable d'un côté à l'autre. Cette pointe soulève presque la peau comme le ferait un corps étranger. Et certainement, si je trouvais dans toute autre région cette sensation, avec la notion de pénétration d'un corps étranger, je n'hésiterais pas à le croire entre mes doigts.

La mobilité de la tumeur est complète lorsque le doigt est laissé libre; un peu moins grande lorsque le tendon fléchi est contracté; l'annulaire étant mis en extension forcée, la tumeur présente un déplacement vertical léger. Elle est donc située entre la peau et la gaine fibreuse, à laquelle elle n'adhère que faiblement.

Elle est indolente, aucune douleur ni spontanée ni provoquée.

Intervention. — Enucléation facile de la tumeur retenue à la profondeur par quelques tractus fibreux. Indépendante du tendon, elle tient un peu à sa gaine.

Examen de la pièce. — *Macroscopique.* — Tumeur constituée par de fortes travées fibreuses circonscrivant des petits lobules jaune rougeâtre.

Examen histologique, fait par M. Pilliet, montre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome à myéloplaxes.

Noyaux durs formés de tissu fibreux.

Ilots jaunes pris pour du tissu graisseux étaient formés de myéloplaxes entourés de cellules embryonnaires et de cellules fusiformes qui se continuent insensiblement avec celles du tissu fibreux.

Cette tumeur semble avoir pris naissance sur la gaine fibreuse du tendon, dont M. Pilliet a retrouvé un fragment à la face profonde de la tumeur.

OBSERVATION XI

SYDNEY JONES. — (*Tr. Path. Soc. Lond.*, XXXVIII, 1887,
p. 325)

FIBROME MOU DE LA PAUME DE LA MAIN

Femme de 25 ans.

Pas d'hérédité pathologique.

Tuméfaction de la paume de la main 11 ans avant après une entorse du poignet survenue 14 jours avant.

Traitée médicalement pendant plusieurs mois. La tuméfaction disparaît pendant six mois pour reparaître et grossir progressivement surtout ces trois dernières années.



A l'examen, tumeur large, irrégulière, fluctuante, s'étendant du lig. ann. ant. à la base de la deuxième phalange de l'index, en largeur d'un quart de pouce du bord interne jus-

qu'au métacarpien du pouce.

Veines superficielles distendues.

Mobilité de l'index limitée mécaniquement.

Opération 17 février 1887, ablation facile, vascularisation intense.

Guérison. Mobilité parfaite des doigts, sensibilité normale, sauf un peu de diminution de la sensibilité du médius.

Tumeur lobulée irrégulièrement, composée de plusieurs tumeurs rondes réunies par du T. conjonctif lâche, encapsulée.

Histologiquement, il s'agit d'un fibrome mou.

Dessin.

Pièce conservée au St-Thomas Hospital Museum.

OBSERVATION XII

NELATON (*In th. Legouest et Gaz. Hôpitaux*, 1856).

TUMEUR FIBREUSE DES GAINES SYNOVIALES

Un jeune Espagnol de 15 ans, bien portant, est affecté de trois petites tumeurs échelonnées sur la face palmaire de l'annulaire gauche.

Ces tumeurs indolores sont sous-cutanées et résistantes au toucher, elles n'entravent pas les fonctions du doigt.

La plus volumineuse, de la grosseur d'une noisette, se trouve située au niveau de la première phalange, elle a une mobilité incomplète sur les parties profondes.

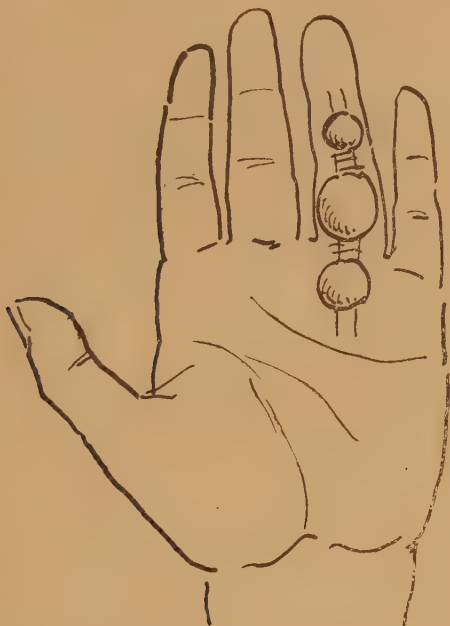
Les deux autres tumeurs, toutes les deux bien mobiles, roulant sous la peau, se trouvent l'une au devant de la deuxième phalange, l'autre au devant de l'articulation métacarpo-phalangienne.

L'ablation de ces tumeurs fut pratiquée par M. le Professeur Nélaton en deux reprises.

Il enleva les deux tumeurs mobiles, assez éloignées l'une de l'autre, et quelques semaines plus tard, la cicatrisation étant achevée, il procéda à l'ablation de la troisième tumeur qui était adhérente à toute la portion fibreuse de la gaine tendineuse, que l'on dût ouvrir largement en mettant à nu le tendon.

Malgré la dénudation de tendon, la cicatrisation s'opéra en quelques jours et sans compromettre les mouvements des doigts. Trois mois après l'opération, le malade avait tous les mouvements, les usages des tendons sont entièrement recouvrés, il n'y a pas d'apparence de récidence.

La tumeur à l'œil nu est d'un gris rosé, elle offre une surface lobulée bien circonscrite, nullement adhérente aux téguments, fortement adhérente à la portion de la gaine synoviale qui a été enlevée avec elle, et dont la surface, complètement lisse, est facilement reconnaissable.



Il est facile de reconnaître que la production morbide était tout extérieure à la gaine tendineuse et ne pénétrait nullement dans la cavité. Sa consistance est à peu près celle du tissu cellulaire.

Examen de la structure intime du tissu. Il est composé d'une trame de fibres de tissu cellulaire, écartées les unes

des autres, non réunies en faisceaux, si ce n'est par places en certains points de la surface de la tumeur.

Par rapport à la masse de la tumeur, cette trame ne représente guère que le huitième du tissu morbide.

Des vaisseaux capillaires assez nombreux parcourent les portions de tissus placées sous le microscope. La moitié environ de la masse de tissu est composée de noyaux fibroplastiques, sans cellules proprement dites de cette espèce.

Tous les noyaux étaient ovoïdes, allongés, la plupart manquaient de nucléoles.

OBSERVATION XIII

FRANZ TOREK (*N.-Y. Med. Journal*, 1^{er} juillet 1905, p. 20).

FIBROME DE LA GAINE D'UN TENDON

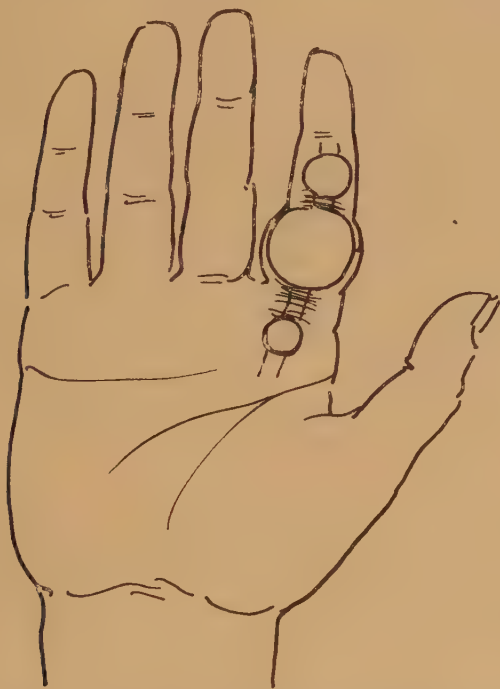
M. A. B., 40 ans. Constate une tumeur sous forme d'un petit nodule à la face palmaire de la première phalange, il y a onze ans. Plus tard, une seconde grosseur apparut à la seconde phalange, puis une troisième en avant de l'extrémité inférieure du second métacarpien.

J'eus l'occasion de l'examiner en avril 1905.

A l'examen, on constate sur l'index droit, et à la paume, une tumeur divisée par deux dépressions transversales en trois segments en forme de nodules, les dépressions répondant aux articulations métacarpo-phalangienne, et première interphalangienne. Le nodule le plus volumineux répond à la première phalange, et était situé principalement sur la surface antérieure du doigt, mais débordait les bords interne et externe et au niveau du bord interne atteignait la face dorsale. Cette phalange était augmenté de volume, atteignant plus du double du volume normal du doigt. Les deux autres nodules étaient plus petits et situés, l'un à la face antérieure de la deuxième phalange, l'autre à la face antérieure du second métacarpien. Leur répartition correspondait à la situation des tendons fléchisseurs de l'index. Leur consistance était très dure, presque cartilagineuse. Ils n'étaient pas mo-

biles dans le sens longitudinal, mais mobiles latéralement. La flexion du doigt n'était possible que dans un faible degré, la tumeur apportant un obstacle mécanique à une flexion plus marquée.

L'opération fut pratiquée le 8 avril 1905. Incision parallèle aux tendons fléchisseurs. Les lambeaux furent disséqués sur une étendue considérable, l'externe assez loin pour découvrir la surface dorsale du doigt. La masse ainsi décou-



verte consiste en un large nodule correspondant à la première phalange, et deux plus petits, l'un au-dessus et l'autre au-dessous.

Leur aspect était celui d'un fibrome. Ils étaient réunis ensemble par du tissu fibreux. Les deux petits nodules étaient placés en avant du tendon fléchisseur, avec lequel ils furent facilement disséqués sans lésion du tendon. Le gros nodule, cependant, en dépit d'une dissection très soignée, ne put

être séparé de la gaine, qui dût être sacrifié, sur toute la longueur de la première phalange.

La partie dorsale de la tumeur n'était pas adhérente au tendon extenseur et fut facilement énuclée. La branche digitale du nerf médian, sur chaque bord du doigt, était fortement adhérente à la tumeur, et nécessita pour être libérée une laborieuse dissection. Ce rapport de la tumeur avec le nerf fait supposer la malignité de la tumeur, mais l'anatomo-pathologiste Docteur James C. Johnston considère la tumeur comme un fibrome pur.

Après l'opération, les douleurs cessèrent subitement, la plaie guérit par première intention. La peau qui, après ablation de la tumeur pendait en plis lâches autour du doigt, étant trop large pour lui, se rétracte et redevient tendu. La mobilité fut rétablie immédiatement après ablation du pansement, et est maintenant tout à fait normale. La résection d'une bonne partie de la gaine n'a en aucune façon diminué la mobilité du tendon. La sensibilité du doigt est conservée.

Notre cas est donc un cas de fibrome de la gaine du tendon fléchisseur de l'index, prenant son origine à la première phalange, et de là poussant en haut, en bas, à droite, à gauche, et autour du doigt jusqu'à sa face dorsale.

OBSERVATION XIV

DURLACHER (*Munch. Med. Wochenshr.*, *LIII*, 1906, *II*).

CAS DE TUMEURS SOUS-CUTANÉES DES DOIGTS

Le siège et le volume anormaux de la tumeur que j'ai dernièrement enlevée chez un ouvrier de 57 ans justifient cette communication.

Chez un ouvrier ayant présenté à 16 ans une « fièvre nerveuse » et plus tard deux congestions pulmonaires, survient à 36 ans, sans cause apparente, un petit nodule à la face palmaire de l'index droit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Le volume de ce nodule reste stationnaire pendant à peu

près seize ans. A partir de ce moment, il grossit progressivement jusqu'au volume visible sur la photographie.

Jamais il n'y eut de pression mécanique exercée sur cette région.

La tumeur s'étend de la base de la première phalange jusqu'à la dernière articulation phalangienne.

Sur la peau, des veines dilatées étaient visibles.

A la palpation, la tumeur était tendue, élastique.



La peau, sauf en quelques petits points, était mobile sur la tumeur.

Les mouvements actifs et passifs des articulations phalangiennes étaient conservés.

La tumeur a pu être facilement extraite du tissu cellulaire sous-cutanée, sous-anesthésie locale.

Les tendons n'étaient pas découverts, mais recouverts d'un voile de tissu conjonctif.

A quelques rares points de la tumeur, il y avait adhérence légère à la peau. La peau était très épaissie, très vascularisée, nulle part atrophiée.

A la suture, il fallut la tailler de telle façon que, en reposant à plat sur le doigt, les deux bords de la plaie s'affrontent largement.

• Guérison per primam et motilité normale du doigt.

La tumeur avait 5 cm. 7 de long, 4 cm. 7 de haut et à peu près 3 cm. d'épaisseur.

En un point de la tumeur il y avait un étranglement produit par une bande de tissu fibreux.

Après section de la bride fibreuse on constate que la petite partie b est un fragment individualisé séparé de la grosse tumeur a par du tissu conjonctif.

La section de la tumeur montre un tissu dur, blanc, d'aspect tendineux.

En un point de la surface un foyer de ramollissement du volume d'un pois.

L'examen histologique fait à Freiburg ne montre pas une uniformité de structure de la tumeur.

On trouva principalement des paquets de fibres conjonctives entrelacées, avec, par endroits, dégénérescence hyaline des espaces périvasculaires.

Nombreuses cellules de formes variées, remarquablement nombreuses en certains points.

La tumeur ressemble histologiquement, d'une part, aux tumeurs dermoïdes, d'autre part, étant donné le nombre des cellules à un fibrosarcome.

Nous voyons donc une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, logée dans le tissu conjonctif sous-cutané mettre vingt ans pour atteindre ce volume.

Dans la littérature, jusqu'à ce jour il n'y a que deux cas de tumeurs de la face palmaire des doigts.

D. — Fibromes de l'Aponévrose.

Les fibromes de l'aponévrose paraissent rares si l'on en excepte les nodules fibreux assez fréquents que l'on observe dans la rétraction de l'aponévrose palmaire, maladie de Dupuytren, ou dans les indurations de l'aponévrose plantaire.

Ils sont caractérisés par leur siège au niveau de la paume de la main ou de la plante du pied.

Anatomiquement, ce sont des tumeurs essentiellement fixes, les téguments ne sont pas mobilisables au devant de la tumeur, leur fixité profonde au plan sous-jacent de l'aponévrose permet à l'examen clinique de soupçonner leur origine aux dépens de l'aponévrose elle-même.

Ce sont des tumeurs de consistance ferme, allongées parallèlement à la direction des fibres aponévrotiques, régulièrement arrondies, ou légèrement bosselées.

Il n'est pas rare qu'elles s'accompagnent d'un certain degré d'atrophie musculaire.

En se développant dans le plan fibreux de l'aponévrose, qui forme au-devant des organes nobles de la paume une bride rigide, elles sont susceptibles de comprimer le nerf médian et de s'accompagner d'un

certain degré de névrite. C'est à celle-ci plutôt qu'à une action directe de la tumeur sur les muscles qu'il faut attribuer l'atrophie musculaire de l'éminence thénar.

Leur ablation comporte le sacrifice d'une partie de l'aponévrose.

OBSERVATION XV

ROUTIER (*Bull. mém. Soc. chir. Paris*, 1913, p. 138)

FIBROME DE L'APONÉVROSE PLANTAIRE

Malade opéré le 31 décembre 1912 pour un gros fibrome de l'aponévrose plantaire, de forme ovoïde, de 6 cm. de long, 4 cm. de diamètre.

Il y a vingt ans, le malade fait une chute sur le pied gauche, à la suite de laquelle il doit garder le lit vingt jours.

A cette époque, on ne constate ni fracture ni entorse.

Petit à petit parut sur la partie interne de la plante du pied, au niveau de la concavité de la voûte plantaire une tuméfaction dure qui rendait la marche douloureuse; contrairement à ce qu'on observe dans les cas de fibrome palmaire, celui-ci existait sans aucun retentissement sur les orteils.

Ablation de la tumeur avec résection d'un quart de l'aponévrose plantaire. Réunion primitive. Le malade marche parfaitement.

OBSERVATION XVI

BUSCH (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 48, p. 692, 29 nov. 1880)

Chez une femme âgée de 30 ans, s'était en quelques années développé dans la paume de la main au voisinage du poignet, une tumeur ayant presque la dimension d'un œuf de pigeon. Elle était légèrement bosselée à la surface et avait la

consistance d'un fibrome. Les muscles de l'éminence thénar étaient atrophiés; sensation d'engourdissement dans les trois premiers doigts. Les pressions exercées sur la tumeur provoquaient de la douleur qui s'irradiait jusqu'à l'extrémité des trois premiers doigts.

Le diagnostic pouvait hésiter entre un névrome du médian et une tumeur fibreuse de l'aponévrose, déterminant par compression des branches du médian les troubles trophiques et sensitifs signalés. La circonstance que cette tumeur et l'aponévrose elle-même adhérait en quelques points d'une façon intime avec les téguments, décida Busch à admettre l'origine aponévrotique de cette tumeur.

Après l'extirpation, qui nécessita l'excision d'un fragment considérable de l'aponévrose on vit sur les coupes de la tumeur des filaments isolés. A l'examen, on reconnaît un fibrome avec fibres élastiques. Deux mois après l'atrophie des muscles thénar avait à peu près disparu et il ne subsistait de trouble de sensibilité qu'à l'extrémité de l'index.

E. — Tumeurs fibreuses de la pulpe.

Ces tumeurs empruntent à leur localisation dans un tissu avéolaire dense, au voisinage des terminaisons nerveuses et d'un réseau lymphatique très riche, certains de leurs caractères.

Ce sont des tumeurs très bien circonscrites, ovoïdes ou formées de nodules agglomérés en grappe.

Elles ont tendance à évoluer vers l'extrémité du doigt qu'elles renflent et qu'elles prolongent, soulevant en même temps l'ongle qui se trouve refoulé en arrière.

Ces caractères les rapprochent de toutes les tumeurs sous-unguéales avec lesquelles le diagnostic est à faire.

Les poussées lymphangitiques survenant à l'occasion des excoriations auxquelles elles sont soumises ne sont pas rares.

Leur caractère essentiellement douloureux les rapproche par leur symptomatologie des tubercules sous-cutanés douloureux et des tumeurs sous-unguéales elles-mêmes sujettes à ces paroxysmes douloureux.

Par ailleurs, leur fixité relative, la dureté de leur consistance, leur aspect bosselé, les rapprochent cliniquement des enchondromes dont elles sont souvent difficiles à distinguer.

Le diagnostic importe pourtant, car le sacrifice de la phalange doit être évité, ces fibromes de la pulpe étant essentiellement énucléables.

OBSERVATION XVII

QUEYRAT (*Bull. Soc. derm. et syph.*, 22 janvier 1920)

M. F., âgé de 64 ans, employé d'assurances, portait depuis vingt ans à l'extrémité de l'index gauche une tumeur qui progressivement avait acquis des dimensions notables et lui causait en définitive beaucoup de gêne.



Cela n'avait été d'abord qu'une sorte de verrue que le malade grattait, coupait, cautérisait tantôt avec du nitrate d'argent, tantôt avec de l'acide azotique dilué; d'autres fois il y faisait des badigeonnages de teinture d'iode.

Depuis cinq ans, le volume de cette tumeur s'était accru jusqu'à atteindre celui d'une petite prune, gênant d'autant plus le malade que la peau à son niveau était devenue dou-

loureuse et très irritable. Tout attouchement était pénible ; souvent il survenait des poussées irritatives et de lymphangite.

Moitié pour éviter la douleur et l'inflammation, moitié par honte pour son infirmité, ce malade tenait son index fléchi dans la paume de sa main et l'avait à demi-ankylosé dans cette position.

Le malade avait obstinément refusé, depuis vingt ans, de se laisser opérer. L'auteur parvint non sans peine à le décider à une intervention qui fut faite à l'hôpital Cochin par le Docteur Michon.

A ce moment, cette tumeur, qui surmontait l'extrémité de l'index, avait les dimensions et la forme d'une belle mirabelle, mesurant 7 cm. 1/2 de circonférence, et un peu moins de 3 cm. de haut.

Elle était dure, et à un examen superficiel semblait faire corps avec l'extrémité de la première phalange ; mais en l'explorant avec soin on percevait un léger déplacement sur les plans profonds.

L'ongle était soulevé et appliqué contre la paroi postérieure de la tumeur. L'épiderme qui recouvrait celle-ci était parcouru par des varicosités, présentait parfois de la lymphangite réticulaire et des petits points d'inflammation avec du pus, ou de petites hémorragies.

De quelle nature était cette tumeur ?

Un de nos collègues en avait fait un chondrome, un autre un lipome ; dans le service, en raison surtout de la consistance de la tumeur moins molle qu'un lipome, moins dure qu'un chondrome, nous avons conclu à une tumeur fibromateuse. L'anatomie pathologique a confirmé cette manière de voir.

Examen histologique fait par le Docteur Lutembacher. —

« Tissu fibromateux typique formé de trousseaux fibreux conjonctifs denses. Les fibroblastes présentent un noyau très réduit aplati : le protoplasma périnucléaire est peu abondant. Les fibrilles conjonctives sont, au contraire, très développées. Les vaisseaux sont peu développés et bordés d'un épithélium propre.

« La peau qui recouvre la tumeur est normale; à noter aux limites de la tumeur et du tissu conjonctif environnant un infiltrat leucocytaire assez important sur toute la périphérie. »

Les suites de l'opération, qui a consisté dans une sorte d'énucléation de la bille fibromateuse, ont été parfaites et le malade a recouvré l'usage normal de son doigt.

OBSERVATION XVIII

VERNEUIL (*Gazette Médicale, Paris, 1856*).

La tumeur qui siégeait à la pulpe du doigt a été mise à nu par une incision simple, énuclée sans difficulté. La plaie a été réunie par première intention. Tumeur du volume d'une aveline, très ferme au toucher, lobulée, inégale à sa surface; les lobules, assez nombreux et séparés par des scissures assez profondes, sont néanmoins très continus; un tissu cellulaire dense et assez vasculaire, et ressemblant à de la fibre charnue organique remplit leurs interstices.

Le tissu morbide a la consistance d'un tissu fibreux très dense ou même fibro-cartilagineux. Il est lâchement uni aux parties adjacentes; à la coupe il est blanc rosé, il crie sous le scalpel et présente une notable élasticité. On n'y trouve aucune cavité, aucun point ramolli; le raclage ne donne pas de suc.

Examen microscopique. — Faisceaux fibreux, rigides, pâles, entre-croisés en divers sens, de manière à circonscrire des aréoles très étroites.

C'est la texture type des tumeurs fibreuses, dures, sans matière amorphe, sans dépôt colloïde; peu ou point de tissu élastique, pas de nerfs ni de glandes. Vaisseaux très rares dans les lobules, un peu plus nombreux dans les interstices.

A un grossissement plus considérable, on trouve une certaine proportion d'éléments fibro-plastiques dans l'épaisseur même de la trame. L'acide acétique pâlit beaucoup la préparation et met en évidence les noyaux, soit dans les faisceaux

fibreux, soit dans les mailles que leur réseau intercepte. Ces noyaux sont disposés en séries parallèles et longitudinales, comme cela s'observe dans les tissus fibreux de nouvelle formation. On voit donc qu'il s'agit d'un fibrome en voie d'évolution.

Je fais remarquer que, malgré son extrême densité, il renferme un grand nombre d'éléments jeunes du tissu cellulaire.

F. — Fibromes des loges celluleuses de la paume.

Ces tumeurs occupent les loges celluleuses profondes de la paume.

Les unes, développées dans le tissu cellulaire profond de la paume, sont situées à la face profonde des tendons fléchisseurs, entre eux et la voûte ostéo-fibreuse de la paume.

Elles soulèvent en se développant le plan des tendons fléchisseurs et ont tendance à venir faire saillie sur le côté externe de ce plan en regard du premier espace interosseux.

Elles s'insinuent donc vers les points faibles, envoyant des prolongements qui soulèvent les espaces interdigitaux et refoulent les parties molles des espaces intermétacarpiens qu'elles ont tendance à combler.

Les autres, nées dans le premier espace interosseux dans le tissu cellulaire de la loge commissurale du pouce, se développent en écartant le premier métacarpien et viennent rapidement bomber dans le premier espace interosseux où elles forment une tumeur saillante, bosselée.

Ces tumeurs, d'assez gros volume ordinairement, sont presque toujours des fibro-lipomes.

En raison de leur faible consistance, de leur adap-

tation aux formes de la loge qui les renferme, de leur modelage et de leur tendance à s'insinuer vers les points faibles, elles occasionnent peu de troubles de compression et ne s'accompagnent donc que de troubles fonctionnels insignifiants.

Tumeurs volumineuses, de consistance molle, pseudo-fluctuante, elles peuvent être prises pour des tumeurs liquides. Pourtant, leur forme lobulée, leur tendance à envoyer des prolongements vers les espaces interdigitaux et le premier espace interosseux devraient suffire à les faire reconnaître.

Au point de vue chirurgical, ce sont des tumeurs essentiellement énucléables, elles n'entraînent à aucun sacrifice susceptible d'entraîner après lui une impotence fonctionnelle.

OBSERVATION XIX

PITRES (*Bull. Soc. anat., Paris, 1873*), *résumée*.

Mme X..., 60 ans, entre le 25 juin 1873 dans le service de M. Demarquay, pour une tumeur de l'éminence thénar du côté droit. Depuis cinq ans, elle éprouvait un peu de gêne et de lassitude dans la région malade. Elle n'a constaté l'existence de la tumeur qu'en août 1872; elle subit un accroissement assez rapide et progressif.

A l'examen. — Les téguments, d'aspect normal, sont tendus, ils paraissent soulevés par une tumeur du volume d'un œuf de poule, occupant tout l'espace compris entre les premier et deuxième métacarpien. Tumeur lisse, sans adhérences, sans expansion. Molle et manifestement fluctuante à sa superficie, présentant dans sa profondeur un noyau résistant légèrement bosselé, de consistance fibreuse, du volume d'une noisette.

Cette tumeur était indolente, gênant mécaniquement les mouvements d'opposition du pouce. Pas d'atrophie, pas de déformation des doigts, pas de troubles de sensibilité.

Extirpation le 28 juin sans difficulté. Les muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce écartés, la tumeur vient faire hernie entre eux. Elle est entourée d'un tissu lamelleux lâche qui en permet l'énucléation facile.

L'examen de la pièce montre: un noyau central résistant,



sec, fibreux, entouré d'une couche adipeuse de 6 à 8 mm. Les deux tissus fibreux et graisseux se pénètrent réciproquement, constituant une zone intermédiaire.

L'examen histologique permet d'affirmer qu'il s'agit d'un fibrome développé dans un muscle, et ayant subi à sa périphérie l'évolution adipeuse.

OBSERVATION XX

PERASSI (*Gior. d. r. Acad. di Med. di Torino*, 1870, XX),
résumée.

Une femme de 60 ans, bien portante, présentant une tumeur de la paume de la main droite, développée insensiblement depuis douze ans, sans douleur, sans gêne que par son volume.



Il y a deux ans, un empirique ponctionne la tumeur, issue de sang. Depuis un an, l'accroissement de la tumeur provoque des douleurs.

En mai 1869, elle présentait les caractères suivants :

La peau de la paume de la main, de coloration normale, est

soulevée par une tumeur du volume d'une grosse pomme, résistante sans être dure, arrondie, non pulsatile, à large base, adhérente aux couches profondes de la région. Les mouvements des doigts sont libres. La tumeur est le siège de fréquentes douleurs, mais elle est peu douloureuse à la palpation.

La face dorsale de la main est plane, les dépressions intermétacarpiennes, qui existent du côté sain, ont disparu.

Intervention le 15 juillet. Incision courbe formant trois lambeaux qui sont disséqués, énucléation du lipome, qui présente quatre prolongements intermétacarpiens. La tumeur mesurait 24 cm. dans sa plus grande circonférence, 18 cm. dans sa plus petite. Pas d'hémorragie, pas d'ouverture des gaines. Guérison secondaire deux mois après.

La tumeur, fibreuse au centre, était un lipome.

OBSERVATION XXI

RICHEL (Gaz. des Hôpitaux, 1867, p. 213), résumée.

J. homme de 19 ans, porteur d'une tumeur considérable, progressivement accrue depuis huit ans, occupant le creux de la main droite. Consistance bosselée; inégale, dure surtout dans les lobes centraux. Les muscles de l'éminence hypothénar, assez puissants, refoulés par elle, la bordaient au côté externe.

Mouvements de flexion et d'extension des doigts libres, ni œdème, ni douleur. Les deux derniers espaces intermétacarpiens étaient élargis, les parties molles à ce niveau faisaient saillie, comme repoussées par quelque lobe de la tumeur. Os non déformés, peau tendue mais rose, saine et mobile.

Énucléation facile de la tumeur, sans aucun incident.

À l'examen de la tumeur, on reconnaît un fibrome, les

lobes moyens, plus jeunes, sont blancs, très durs, les lobes intérieurs, plus anciens, jaunes, relativement mous, subissent la régression adipeuse.



OBSERVATION XXII

NOTTA (*Bull. Soc. Anat., Paris, 1877*), résumée.

R..., 38 ans, tanneur, maigre, de constitution délicate, affecté de tics nerveux choréiformes des muscles de la face, vit apparaître il y a une dizaine d'années, à la partie externe et inférieure de l'éminence thénar de la main droite, en dedans du pouce, une tumeur grosse comme une noisette, douloureuse au choc, mais non à la pression, et qui ne l'empêche pas de travailler. Elle augmente insensiblement de volume.

Etat actuel : A la partie inférieure de l'éminence thénar, on observe une tumeur du volume d'un œuf de poule, se prolongeant d'une part dans la paume de la main, d'autre part, faisant saillie dans l'espace qui sépare le premier métacarpien du second.

Cette tumeur est légèrement bosselée, la peau, de coloration normale, ne lui adhère pas. Elle n'est pas mobile sur les plans profonds et semble adhérer aux premier et deuxième métacarpiens.



Au niveau de sa partie la plus saillante, dans le premier espace interosseux, elle présente une fluctuation évidente.

La pression est médiocrement douloureuse, mais le choc provoque une vive douleur. Les mouvements des doigts ont conservé leur intégrité. Une ponction pratiquée dans la partie fluctuante ne ramène que du sang pur.

Intervention le 13 août 1877. A la suite d'une dissection assez délicate, on constate que la tumeur s'enfonce dans la paume de la main, entre les tendons des fléchisseurs et la voûte ostéo-fibreuse formée par la face palmaire du métacarpe, à laquelle elle paraît adhérer faiblement, au niveau de la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la paume de la main.

Guérison secondaire après suppuration en octobre. L'index reste un peu fléchi, mais l'extension augmente progressivement depuis que le malade fait usage de sa main.

Examen de la tumeur : Elle présente la forme d'une poire dont la petite extrémité était dirigée profondément derrière les tendons fléchisseurs, la grosse extrémité faisant saillie dans le premier espace intermétacarpien. Sa surface est bosselée, irrégulière, elle adhéraît aux métacarpiens par du tissu cellulaire, elle a été complètement énucléée.

Incisée dans son plus grand diamètre, elle paraît constituée par du tissu fibreux, blanchâtre, lactescent. On remarque au niveau de la partie ponctionnée une grande cavité pleine de sang coagulé. Au-dessous, une partie de la tumeur paraît formée de tissu fibreux infiltré de sang en voie de résorption.

Le diagnostic était difficile. On hésitait entre un kyste, un lipome, un encéphaloïde, un fibrome. Le bruit de frottement communiqué à la tumeur par la palpation avait fait penser à un kyste séreux hydatifère, d'où la ponction. Or celle-ci n'a donné qu'un peu de sang, le trocart ne put exécuter aucun mouvement dans la tumeur, qui était solide.

Il s'agissait d'un lipome enlevé partie par morcellement, partie par énucléation, sans lésion des tendons, de l'aponévrose ni des vaisseaux.

Fibromes à siège indifférent
définis par leurs
caractères anatomo-pathologiques.

I. — *Fibromes purs.*

OBSERVATION XXIII

POLAILLON (*Dict. encyc. des Sc. médic.*, 1884)

Homme de 46 ans, exerçant la profession de boucher, m'a offert un type de tumeur fibreuse. Il portait, sur la face dorsale de la phalange du pouce droit, une tumeur grosse comme une petite cerise, dure, très mobile, indolente par elle-même, mais douloureuse sous l'influence d'une forte pression ou d'un choc.

La peau était saine, tendue, et laissait voir, par transparence, une teinte bleuâtre. Lorsque le malade s'était aperçu de sa tumeur pour la première fois, elle avait le volume d'une lentille; en une année, elle atteignit celui d'une cerise.

Je l'énucléai très facilement, et il n'y a eu aucune récurrence depuis plus de deux années.

L'examen montra que nous avions affaire à un fibrome pur.

OBSERVATION XXIV

Professeur TIXIER (*rég. St-Philippe*, 1925, t. I, p. 139)

Due à l'obligeance du Professeur agrégé P. Bonnet

R... Jean-Louis, 77 ans, entre à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, pour hernie inguinale droite étranglée.

Intervention faite par le Docteur P. Bonnet le 29 avril 1925.

Le malade se présente en outre avec une déformation globuleuse siégeant dans l'espace intermétacarpien de l'index et du médius de la main droite, déformation arrondie, surtout apparente au niveau de la paume.

Antécédents héréditaires nuls. Dans les antécédents personnels on note une cataracte bilatérale opérée à Genève il y a 20 ans.

Cette tuméfaction serait apparue il y a une trentaine d'années. Le malade élaguait un arbre, à la suite de ce travail il serait survenu une ampoule à la paume de la main droite entre le médius et l'index. Il perce cette ampoule avec une épingle et continue de travailler, mais le derme, à vif sous l'ampoule, s'ulcère. Après guérison de cette ulcération, le malade constate à sa place, sous l'épiderme, l'existence d'une petite tumeur indolente, grosse comme une tête d'épingle. Elle augmente progressivement de volume jusqu'aux dimensions actuelles. D'abord molle, fluctuante, elle serait devenue plus dure avec le temps. Toujours indolore, elle n'a jamais été le siège de douleurs spontanées, à peine provoquait-elle des douleurs profondes et lancinantes en empoignant un objet.

Depuis une dizaine d'années, toute douleur a complètement disparu.

Aucune gêne fonctionnelle dans l'articulation, le malade se sert normalement de son doigt. Le malade est profondément affecté de cette maladie, il en a honte, et pour ne pas la laisser voir, il y a 10 ans qu'il n'a pas tendu la main à un ami.

Cependant, sans le conseil de son médecin, l'idée ne lui serait pas venue de se faire opérer.

Cette tuméfaction se présente, élargissant l'espace interdigital.

A la face dorsale il s'agit d'une bille située juste à la partie moyenne de l'espace interdigital. A son niveau la peau n'est pas modifiée, pas adhérente. Cette tumeur est assez dure, semblant posséder une coque, elle est mobile sur les plans



profondus. A la face palmaire, la tuméfaction a des dimensions plus importantes. Elle s'étend d'une phalange à l'autre, empiétant sur l'un et sur l'autre os ; la peau n'est pas modifiée à son niveau, n'a pas d'allure inflammatoire. Une grosse veine dilatée court à sa surface. Les contours de la tumeur sont beaucoup plus flous qu'à la face dorsale, il ne semble pas qu'il existe une coque délimitante. Au centre cependant la tumeur semble plus dure, comme cartilagineuse.

Cette tuméfaction semble indépendante des os. Ceux-ci ne paraissent pas gênés dans leurs mouvements. A la palpation il n'existe ni hyperostose ni perte de substance à leur surface.

Rien à signaler dans la paume de la main ni à la face dorsale,

On ne retrouve nulle part sur le corps trace de semblable malformation. Le diagnostic clinique est kyste synovial ou fibro-lipome.

Intervention le 21 avril (Docteurs Bonnet et Bertrand). — Anesthésie locale parfaite à la surocaïne à 1 % traçante et infiltrative.

Incision à cheval sur l'espace interdigital. Clivage très facile d'une masse lobulée qui fait saillie hors des lèvres, sur laquelle passent en sautoir des vaisseaux qu'on élève facilement. La pièce au total a le volume d'un petit œuf, incurvé en selle, dont la concavité en rapport avec la phalange de l'index reste marquée.

La coloration est blanc jaunâtre, l'aspect lobulé. La consistance ferme, fibreuse, presque cartilagineuse par places. Un mince voile de tissu conjonctif bien vascularisé l'enveloppe.

A la coupe, l'aspect est celui d'un fibrome, dur à trancher, s'éversant légèrement sur la tranche de section, sans suc blanchâtre, presque uniforme, sans tourbillons nets.

29 avril : Le malade part guéri.

27 avril 1926 : Le malade revient. La main a un aspect absolument normal. C'est à peine si on voit la cicatrice de l'incision.

Examen histologique n° 652, fait par M. E. Pollosson. — Il s'agit d'une tumeur formée en majeure partie de tissu fibreux, fibroblastes et collagène abondant. Quelques petites cellules probablement inflammatoires.

II. — *Fibro-Myomes.*

OBSERVATION XXV

AXEL KEY (*Jahresb. ub. d. Ges. Med. XII Jahrg. Ber. f. d. Jahr,*
1877. Bd I, S. 271)

Cette observation concerne le poète suédois Strandberg qui portait à la face palmaire de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, une tumeur.

Elle avait le volume d'une noisette, molle et élastique, puis par des évolutions successives, elle atteint le volume d'une noix muscade, devenant en même temps dure et douloureuse.

Cette tumeur dure, facilement énucléée du tissu conjonctif sous-cutané avait le volume et la forme d'une amande, et présentait à la coupe l'aspect d'un fibrome utérin.

La structure histologique était celle typique d'un myofibrome avec des faisceaux plus ou moins gros de cellules musculaires, séparés par un tissu conjonctif homogène ou fibrillaire pauvre en cellules.

En plus, certains points de la tumeur étaient vacuolés, et à certains points, prenaient un aspect de tissu caverneux.

Ces vacuoles étaient des canaux lymphatiques.

Key appela en conséquence cette tumeur un myofibrome lymphangiectasique et considéra son développement dans le tissu conjonctif sous-cutané, comme un cas très rare et certainement non encore observé.

III. — *Fibro-Lipomes.*

A côté des fibro-lipomes dont nous avons montré la tendance à se développer dans les loges celluleuses de la paume, on peut observer des fibro-lipomes dont le siège semble échapper à tout essai de classification dans le sens de la localisation.

OBSERVATION XXVI

VILLARD (*France Médicale*, 20 avril 1886)

P... Marie, âgée de 20 ans, nourrice, vient à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever une tumeur qu'elle porte depuis longtemps à la face palmaire de l'auriculaire droit.

Fille des champs, bonne santé. Réglée à 12 ans régulièrement. Un enfant à 19 ans. Pas d'antécédents pathologiques.

A 7 ans, elle se pince le petit doigt de la main droite entre les battants d'une porte; vive douleur et forte ecchymose. Sept mois plus tard apparition d'une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle au niveau de la face palmaire de la première phalange de l'auriculaire droit. Pas de douleurs ni de troubles fonctionnels. La malade ne peut rien dire de précis sur la marche de la tumeur à partir de ce moment, mais elle assure qu'à 15 ans le volume était celui d'une noix. Depuis elle a encore augmenté de volume. Aucun traitement n'a été fait. A l'examen : tumeur du volume d'une grosse noix, siège sur la face palmaire, s'étend du pli métacarpo-phalangien à 1 cm. du pli qui sépare la deuxième de la troisième phalange. Transversalement elle envahit les parties latérales de la première phalange et les deux tiers supérieurs des faces latérales de la deuxième; elle est plus étendue en dedans, elle semble attirée par la pesanteur. Vue par la partie antérieure, elle semble percée de part en part par le doigt. Elle est sous-cutanée et mobile sur les parties profondes, indépendante d'elles.

Elle est aussi mobile sous la peau excepté en quelques points. A la palpation : sensation de mollesse, consistance lipomateuse. Mais on trouve quelques points indurés. On en trouve un à la partie externe de la tumeur; à la partie supérieure il est petit, dur, mobile; l'autre est situé plus bas; il présente le volume d'une aveline. La compression de la partie interne de la tumeur détermine une crépitation analogue à celle des grains hordéiformes de la synovite chronique.

Peau normale, un peu rouge par places, un peu adhérente au niveau du gros noyau interne.

Pas de douleurs, pas de troubles fonctionnels. Flexion du

doigt facile. Le petit doigt fléchi embrasse la tumeur par sa concavité. L'extension n'est pas compromise.

Ablation le 15 décembre. A la coupe, type du fibro-lipome.

Examen histologique : tumeur constituée par du tissu graisseux, on ne trouve que peu de tissu fibreux.

La malade complètement guérie quitte l'hôpital dans les premiers jours de janvier 1886.

IV. — *Fibro-Chondromes.*

Nous n'apportons pas d'observation de ce type anatomique, parce que la présence du tissu cartilagineux dans ces tumeurs leur imprime une telle individualité anatomo-clinique, qu'il convient de les ranger sous la dénomination d'enchondromes. Ce sont là, on le sait, les tumeurs les plus fréquentes des doigts, celles que l'on doit toujours avoir à l'esprit dans la discussion du diagnostic.

V. — *Fibro-Myxomes.*

OBSERVATION XXVI

Francis VILLAR (*Thèse Durant, Bordeaux, 1892-93*)

(*Publiée résumée dans: Bull. Soc. Anat. phys. Bordeaux, 1899*)

Mme E..., 32 ans. Pas de traumatisme antérieur ayant pu déterminer l'apparition de la tumeur qu'elle porte au doigt. Elle ne s'adonne pas à des travaux pénibles, s'occupe de son ménage et de couture.

Le début de l'affection remonterait à 12 ans. A cette époque, la malade aurait constaté, sur le petit doigt de la main gauche, l'existence d'une tumeur du volume d'un petit pois.

Depuis six ans, cette tumeur a augmenté de volume de façon très nette.

Examen de la malade : sept. 1887.

Il existe sur le petit doigt de la main gauche, à l'union de la face palmaire et de la face latérale externe de la première phalange, une tumeur dure, de forme arrondie, du volume d'une petite noix.

La peau, normale, est mobile sur la tumeur; celle-ci, quoique très mobile latéralement, semble adhérer un peu aux parties profondes.

Pas de point noir sur la tumeur; indolence, un peu de gêne à peine.

Quelquefois, la malade se réveille la nuit, éprouvant de l'engourdissement et des fourmillements dans la main.

La tumeur est enlevée au bistouri, après anesthésie locale.

Quelques adhérences, profondément, au niveau de la gaine.

Guérison *per primam*.

Examen histologique : Il s'agit d'un fibrome, mais on croit reconnaître sur la préparation quelques cellules de myxome.

VI. — *Fibromes Vasculaires.*

Les tumeurs fibreuses des doigts présentent une tendance assez particulière à s'accompagner d'un état vasculaire spécial, caractérisé par des néoformations vasculaires noyées au sein du tissu fibreux et susceptibles de leur imprimer des manifestations cliniques un peu particulières telles que : coloration violacée, battements, etc...

Ce sont des tumeurs voisines des angiomes, et comme eux, en relation possible avec des traumatismes.

Ces tumeurs échappent à une description anatomo-clinique d'ensemble, la lecture seule des observations peut donner une idée de leurs particularités.

OBSERVATION XXVIII

Eugène MONOD (*Bull. Soc. Anat.*, 1876)

La nommée M..., âgée de 53 ans, entre le 13 mars 1876 à l'hôpital Cochin (service Desprès). Elle porte une tumeur du volume d'un gros œuf sur le médius de la main gauche. Cette tumeur recouvre la deuxième phalange dans toute son étendue; elle empiète sur la première et la troisième. La peau qui la recouvre est tendue, lisse, violacée. La tumeur n'est pas fluctuante; elle est plutôt molle que dure, résistante par places, offrant dans d'autres points une résistance élastique, notamment à la base. Cette résistance fait penser à un enchondrome. Elle est mobile sur les parties profondes, sauf au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième, point qui paraît être le lieu d'implantation de la tumeur.

Le début de l'affection remonte à 33 ans. La malade, à cette époque, prenait son mal pour une petite verrue.

L'accroissement a été lent, régulier, absolument indolent. Cependant, la marche paraît avoir été un peu plus rapide depuis cinq ans.

Tous les mouvements des phalanges sont conservés, la malade éprouvait seulement un certain degré de gêne fonctionnelle en rapport avec le volume de la tumeur. Il y a trois semaines, sans causes appréciables, la tumeur devint rouge, douloureuse, et il ne tarda pas à se produire sur la partie culminante une large ulcération elliptique qui laissait suinter un liquide sanieux. La malade réclamant l'opération, M. Desprès pratiqua l'amputation du doigt dans la continuité.

Après avoir incisé la tumeur, on constate que la phalange est intacte; le tendon de l'extenseur, très aminci, est sous-jacent à la tumeur, qui ne lui adhère pas; elle n'adhère pas davantage à la peau et paraît être énucléable dans toute son étendue, excepté à la partie postérieure, où elle semble se fusionner avec le tissu fibreux périarticulaire.

À la coupe, la tumeur présente deux aspects différents. La périphérie a l'apparence d'un tissu amorphe, d'un gris jau-

nâtre, dur, translucide, offrant une analogie d'aspect avec le cartilage et parsemé de taches rougeâtres. La partie centrale est plus molle et souvent plus rouge; le point ressemble à un véritable foyer hémorragique.

Examen histologique (Examen fait par M. Charles Monod).

La tumeur présente deux aspects bien différents suivant la région qu'on examine. Sur un fragment pris à la surface de la tumeur, on reconnaît la présence d'un tissu fibreux dense, pauvre en éléments cellulaires. On ne trouve nulle part d'éléments cartilagineux. Par places apparaissent, dans les points qui correspondent aux taches rougeâtres signalées plus haut, de nombreuses dilatations vasculaires. En se rapprochant du centre, on voit des espaces sanguins reconnaissables aux globules rouges et blancs qui les remplissent; ces espaces communiquent les uns avec les autres et constituent un véritable tissu caverneux. Enfin, un autre fragment, détaché de la partie profonde de la tumeur, de celle qui paraît se fusionner avec le tissu fibreux du doigt, est constituée, au microscope, par un tissu fibreux, jeune encore, formé de faisceaux de tissu conjonctif présentant leur aspect ondulé caractéristique, avec des éléments cellulaires disséminés. A ce niveau, on constate également, mais dans une proportion beaucoup moins considérable, des capillaires dilatés restant partout indépendants. Il est clair que cette portion de la tumeur est dans une période de développement moins avancée que la précédente.

En somme, cette tumeur est un fibrome subissant par place la transformation caverneuse. Ce fait est donc un exemple très net de fibrome télangiectasique.

OBSERVATION XXIX

BATIGNE et GANDY (*Bull. Soc. Anat.*, 1901, p. 687)

Angiome fibro-myomateux du doigt

En juillet 1901, nous voyons à la consultation chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis, un homme de 45 ans qui présente, depuis environ 6 mois, à l'auriculaire gauche, sur la face

antéro-externe, au niveau de la phalangine, une petite tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur est parfaitement limitée, de consistance inégale, demi-molle; à son niveau, la peau est normale, non adhérente, mais de coloration plus foncée que les parties voisines, légèrement bleutée en raison de l'existence d'un réseau vasculaire sous-cutané.

Nous portons le diagnostic d'angiome; l'ablation en est aussitôt pratiquée.

Après l'incision de la peau, d'ailleurs normale, on tombe sur une couche cellulo-adipeuse richement vascularisée, avec lacis veineux, au milieu de laquelle la tumeur paraît encapsulée, non adhérente. Excision facile, sutures. Suites régulières après un léger hématome rapidement résorbé.

La tumeur enlevée a une forme ovoïde légèrement aplatie; son plus grand diamètre est d'environ 12 mm. Sa surface est régulière.

Sur les coupes histologiques, à un faible grossissement, ce qui frappe, c'est la présence au sein de la tumeur, de nombreuses lacunes vasculaires sectionnées longitudinalement ou transversalement; plusieurs d'entre elles, surtout à la périphérie, sont plus ou moins ramifiées, branchues, étoilées; toutes sont peu volumineuses, et les ponts interlacunaires sont plus larges que les lacunes. Le stroma interlacunaire est constitué par une série de faisceaux conjonctivo-musculaires très lâches, dont beaucoup sont ordonnés, autour des lacunes, en rangées concentriques, dont les systèmes sont diversement orientés les uns par rapport aux autres. A la périphérie, enfin, la tumeur est nettement limitée par une capsule partout continue.

A un fort grossissement, les lacunes apparaissent tapissées d'un simple endothélium, sur les plus petites, parfois, l'endothélium est doublé de 2 ou 3 rangées de fibres musculaires assez serrées pour constituer une paroi contractile; aucune ne possède de lame élastique; certaines de ces lacunes contiennent encore du sang. Le stroma fasciculé de la tumeur offre deux sortes d'éléments : de fines fibrilles conjonctives très onduleuses, pâles, d'aspect homogène, et surtout une quantité considérable de fibres musculaires lisses; la richesse en fibres lisses est telle que la tumeur rappelle l'aspect de

certaines fibro-myomes de l'utérus et que, de prime abord, on la pourrait prendre pour un vrai fibro-myome creusé de lacunes vasculaires. Toutes ces fibres lisses orientées par groupes dans un même sens forment des faisceaux très lâches dont les éléments sont bien distincts, séparés les uns des autres, au milieu de la gangue conjonctive. Au sein de ce stroma fibro-musculaire, on ne rencontre que de rares noyaux de cellules conjonctives, de très rares mastzellen, mais pas d'éléments d'infiltration inflammatoire. Quant à la capsule elle n'est qu'une simple condensation du même tissu, par tassement des fibrilles conjonctives et des fibres musculaires, elle contient de nombreuses lacunes également remplies de sang.

Les lacunes vasculaires de cette tumeur lui donnent nettement l'aspect et les caractères d'un angiome; l'abondance particulière du stroma fibro-musculaire qui les entoure nous paraît justifier la dénomination d'angiome fibro-myomateux.

OBSERVATION XXX

NOTTA (*Bull. Soc. Anat.*, 1847, 1^{re} série, p. 412)

Tumeur de l'espace interdigital de la main

La tumeur a été recueillie sur un homme de 74 ans, mort à la suite d'une bronchite capillaire entée sur une bronchite chronique.

Cette tumeur, qui était située à la main gauche, dans un espace interdigital, a le volume d'une petite noix, elle est pédiculée et mobile sur les tissus sous-jacents; la peau qui la recouvre est lisse et tendue.

Pendant la vie, on y percevait des battements. Pas de fluctuation.

Son origine remontait d'après le malade à 30 ans.

A la dissection, on constate que cette tumeur, enveloppée d'une membrane fibreuse assez résistante, est formée au centre par un tissu spongieux, et au pourtour par un produit

d'apparence fibrineuse. Une artère pénétrait par la face profonde, et se ramifiait dans l'épaisseur de la tumeur.

MM. Lebert et Robin, qui l'ont examinée au microscope, la considèrent comme une tumeur fibreuse qui se serait vascularisée.

OBSERVATION XXXI

PERRIN DE LA TOUCHE (*Bull. Soc. Anat.*, 1888, p. 441, *résumée*)

Fibro-lipome angiomateux de la main

Femme de 27 ans, très vigoureuse, pas d'antécédents pathologiques. Profession, fille de ferme. Se présente dans le courant de mars 1888 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de M. le Docteur Dayot, professeur de clinique externe à l'Ecole de Médecine de Rennes. Elle présentait une tumeur du volume d'un petit œuf, englobant la diaphyse du deuxième métacarpien du côté droit et surtout saillante sur la partie externe et dorsale. Cette tumeur est assez dure, rénitente dans la plus grande partie de son étendue, mais présente en un point, vers la face dorsale, de la fausse fluctuation.

La peau est un peu tendue à la surface de la tumeur, mais bien mobile.

La palpation est douloureuse, les mouvements de la main et des doigts également, de plus la malade accuse des douleurs spontanées assez vives. Cette tumeur a débuté il y a 15 ans, à l'âge de 12 ans, et a augmenté d'une façon presque insensible jusqu'à 25 ans; dans les deux dernières années, elle a doublé de volume, mais c'est surtout dans les 2 ou 3 derniers mois qu'elle a augmenté rapidement et qu'elle est devenue douloureuse au point d'empêcher la malade de travailler et de l'amener à l'Hôtel-Dieu demander une opération. L'ablation fut faite par M. Dayot père. On ne trouva pas de tumeur nettement limitée, mais seulement les faisceaux musculaires de la région écartés par un tissu qui saignait abondamment; tous ces tissus mous autour du métacarpien furent enlevés et ce dernier réséqué dans sa partie moyenne. Il

fut impossible de faire une ligature dans la plaie qui saignait abondamment de partout, aussi fut-elle bourrée de gaze iodoformée et emprisonnée assez fortement avec du coton et des bandes de tarlatane pour assurer l'hémostase.

A l'examen histologique, on trouve que cette tumeur est constituée essentiellement par le tissu fibreux; circonscrivant en certains endroits des loges arrondies et remplies de globules rouges comme dans les tumeurs angiomeuses. Ailleurs, le tissu conjonctif est infiltré de graisse et s'insinue entre les faisceaux musculaires qui sont ou atrophiés, ou tout à fait transparents, ayant l'aspect du muscle en dégénérescence vitreuse.

OBSERVATION XXXII

Professeur TIXIER (*reg. St-Philippe, 1926, t. I, p. 178*)

(*Due à l'obligeance du Professeur agrégé P. Bonnet*)

Fibrome angiomeux

M. Louis, 60 ans.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Tixier pour une ostéoarthrite tuberculeuse du genou droit évoluant depuis 10 mois.

Il est, de plus, porteur d'une tumeur de la main droite.

Il y a 25 ans, en aiguillant une voie de tramway, le malade ressentit au cours d'un effort un peu violent une impression de rupture au niveau de la base de l'index droit, sur la face dorsale. Il n'y eût pas de plaie, l'impression douloureuse, très fugace, ne laissa aucune trace.

Peu de temps après, le malade constata l'apparition à cette main, dans l'espace interdigital qui sépare le pouce de l'index, d'une petite tumeur ronde, indolore, mobile sous les téguments. Cette tumeur progressa lentement et régulièrement pendant 15 ans. Depuis 10 ans, elle est restée stationnaire.

Elle est absolument indolente et ne gêne aucunement le malade.

A l'examen, on constate sur la face dorsale de la main droite, sur le bord radial de la tête du deuxième métacarpien, l'existence d'une tumeur du volume d'une noix, qui paraît sous-cutané. La peau, à son niveau, est absolument normale. Mais la tumeur sous-jacente transparaît en bleu à tel point



que sa nature kystique ne paraît d'abord faire aucun doute.

A la palpation, cette tumeur se montre régulièrement ovoïde, lisse, très mobile sur tous les plans profonds, que la main soit en résolution ou qu'on fasse contracter les muscles extenseurs. La tumeur est située sur le bord radial du tendon de l'extenseur de l'index. Elle est également non adhérente à la peau qu'on peut pincer et soulever au-dessus d'elle.

Sa consistance est élastique, presque rénitente. La palpation à son niveau ne révèle aucune douleur, et la tumeur n'entraîne aucune gêne fonctionnelle. La sensibilité est normale.

En somme, la tumeur ne gêne en aucune façon le malade, mais il accepte volontiers l'extirpation qui lui est proposée.

Intervention le 3 juin 1926.

Anesthésie rachidienne.

Résection du genou droit.

On profite de l'anesthésie rachidienne qui est excellente et qui donne une bonne anesthésie de la main, pour pratiquer l'ablation de la tumeur de la main.

Incision parallèle au tendon extenseur de l'index et en dehors de lui.

Une grosse veine rase la tumeur à sa surface. On énuclée très facilement une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de grive. Il semble qu'un petit pédicule vasculaire la retienne dans la profondeur.

La tumeur qui apparaissait, au cours de l'opération, violacée, marbrée de taches hémorragiques, pâlit complètement après l'ablation.

C'est une tumeur solide, très élastique, un peu translucide.

A la coupe, la tranche de section s'éverse légèrement sur les bords et ceux-ci se frangent par l'élasticité du tissu qui la constitue. La tranche de section montre un tissu d'aspect hyalin, translucide, ressemblant à un marbre de teinte chair claire. Pourtant on voit en deux ou trois points de la tumeur une lumière qui paraît être celle d'un vaisseau.

L'aspect est en somme d'un fibro-chondrome, mais on ne peut éliminer complètement l'hypothèse de névrome.

On fait une photographie en couleurs de la pièce.

Examen histologique fait par M. E. Pollosson.

Il s'agit d'une tumeur de la série conjonctive encapsulée par une faible couche de tissu conjonctif et constituée par une série de lacune tapissées d'une paroi endothéliale et contenant à leur intérieur un liquide anhyste rétracté sous l'influence des fixateurs.

Le stroma dans lequel sont disposées ces lacunes est formé

par un tissu fibroblastique adulte parsemé de lymphocytes nombreux.

En résumé il paraît bien s'agir d'un lymphangiome simple revêtant par endroits le type du lymphangiome caverneux.

En pratique c'est une tumeur essentiellement bénigne.

VII. Fibrome en rapport avec une inclusion épidermique

OBSERVATION XXXIII

DEMOULIN (*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1897, p. 425)

*Petite tumeur sous-cutanée de la face palmaire du pouce
de la main gauche, constituée par un fibrome entouré
d'une lame épidermique.*

Il s'agit d'un garçon de 12 à 13 ans qui s'était piqué à la face palmaire de la main gauche, quelques mois avant de se présenter à notre examen.

La piqûre avait porté exactement au milieu du pli de flexion qui sépare la phalange unguéale de la première phalange, elle n'avait point été infectée et avait passé presque inaperçue.

C'est justement au point que je viens d'indiquer que siégeait la petite tumeur en question. Elle avait, lorsque je l'ai examinée pour la première fois, le volume d'une petite lentille, siégeait nettement sous la peau qui ne présentait pas de trace de la piqûre antécédente, ne paraissait pas mobile sur les parties profondes, pas douloureuse d'ailleurs, mais gênait un peu les mouvements de flexion de la phalange sur la phalange. Comme elle grossissait un peu, au dire du malade, depuis un mois, je conseillai l'ablation.

Quelques gouttes de cocaïne au centième. A peine la peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient-ils incisés, dans une étendue d'un centimètre environ, que j'aperçus une petite masse hémisphérique, accolée au tendon du fléchisseur du pouce, recouverte par une membrane mince, nacrée, qui semblait la fixer dans la position qu'elle occupait. J'incisai cette membrane très peu résistante, sur la ligne médiane de la

petite masse, et j'eus ainsi deux petits volets latéraux qui se décollèrent facilement, pour ainsi dire, d'eux-mêmes, d'une petite tumeur sous-jacente qui avait le volume d'une grosse tête d'épingle.

Celle-ci à peu près sphérique, était dure, et n'adhérait que par un tout petit point de sa surface, non au tendon fléchisseur, mais au tissu cellulaire lamineux et très mince, qui, en cet endroit, représentait la gaine du cordon tendineux.

Ablation facile de la tumeur par un léger coup de bistouri, et résection des deux petits lambeaux latéraux, minces, peu résistants, qui l'appliquaient sur la gaine du fléchisseur, et se continuaient sans démarcation nette avec le tissu cellulaire voisin. Un point de suture.

Guérison.

Je pensai que la petite tumeur dure, adhérente à la gaine du fléchisseur, était un fibrome, et l'examen histologique le démontre clairement.

Quant à la membrane mince qui recouvrait la tumeur, je ne pus tout d'abord me prononcer sur sa nature. Le microscope fait voir qu'elle est formée par un épiderme normal, avec toutes ses couches, et que la couche cornée est extrêmement épaisse. Il est bien probable, si j'en juge par les descriptions qu'on donne des kystes épidermiques des doigts, que les lamelles cornées étaient les plus profondes et se trouvaient en rapport avec le petit fibrome.

VIII. *Conjonctivome*

NIEDERGANG (*Bull. Soc. Anat.*, 1911, p. 706)

MONNIER et LORRAIN (*Bull. Soc. Anat.*, 1913, p. 453)

Fibrome fasciculé de la main droite

Il s'agit d'un enfant âgé de treize ans, entré à l'hôpital St-Joseph en octobre 1911 pour une tumeur de la région dorsale de la main droite. En 1904 (à l'âge de 6 ans) une tumeur se développe sur la face dorsale de la main droite. D'évolution lente, elle ne nécessite l'ablation qu'en 1906 et est opérée en province.

En 1908, la tumeur reparait sur place, l'évolution en est lente et indolore, et ce n'est qu'en octobre 1911 que les parents se décident à l'intervention. La tumeur présente actuellement le volume d'une petite orange, recouvrant la face dorsale du métacarpe droit, surtout du côté cubital.

Les mouvements des doigts ont conservé leur intégrité presque complète et il n'y a qu'une faible diminution de la force musculaire.

La radiographie montre l'intégrité du squelette.

A l'intervention, pratiquée par M. le Docteur Monnier, on constate la présence d'une tumeur plurilobée et encapsulée.

Les tendons extenseurs des doigts ont creusé des sillons profonds, mais leur glissement est parfait. La tumeur est enlevée par morcellement, afin d'éviter la lésion des tendons; de même, comme elle adhère fortement au squelette métacarpien, on résèque par prudence les quatrième et cinquième métacarpiens.

Les suites de l'intervention ont été normales.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Docteur Lorrain, permet de constater qu'il s'agit d'un fibrome fasciculé sans dégénérescence sarcomateuse.

Peu de temps après l'intervention pratiquée le 25 octobre 1911, la tumeur récidive de nouveau. Une nouvelle radiographie montre les quatrième et cinquième métacarpiens en partie réséqués, sans autre lésion osseuse. Les mouvements des doigts sont conservés. M. Monnier opère de nouveau le malade le 20 novembre 1912 et pratique l'ablation des vestiges du cinquième métacarpien et du doigt correspondant, ainsi que l'ablation totale des quatrième et troisième métacarpiens. Les tendons qui adhèrent à la tumeur sont cependant respectés.

L'examen histologique montre que la structure de la tumeur n'a pas varié et qu'il s'agit toujours de fibrome fasciculé pur. Malgré cette large intervention, la tumeur récidive de nouveau et, le 19 octobre 1913, M. Monnier doit se résoudre à pratiquer l'amputation du bras au tiers inférieur.

La santé générale du malade est parfaite. Il ne présente aucun trouble, aucun signe de généralisation, aucun retentissement ganglionnaire.

CONCLUSIONS

Les tumeurs fibreuses de la main et des doigts, tumeurs essentiellement bénignes, sont extrêmement disparates et bien peu répondent au type que nous nous sommes créé dans notre esprit, qui est celui des fibromes de l'utérus.

Nous basant sur les observations, nous avons cru pouvoir apporter un essai de classification qui, par le groupement des observations, aide à leur compréhension.

C'est ainsi que nous avons cru pouvoir distinguer :

1° Des tumeurs fibreuses d'origine professionnelle développées à la faveur de l'inflammation chronique.

2° Des tumeurs fibreuses développées autour d'un corps étranger.

3° Des fibromes des gaines synoviales.

4° Des fibromes de l'aponécrose.

5° Des tumeurs fibreuses de la pulpe.

6° Des fibromes des loges celluleuses de la paume.

D'autres tumeurs, dont le siège paraît échapper à tout groupement, permettent de se rendre compte des variations anatomo-pathologiques habituellement rencontrées.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN, TIXIER.

Pour le Doyen, l'Assesseur,

ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 mai 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- BONJOUR. — *Thèse Paris*, 1897.
BIDARD. — *Th. Paris*, 1858.
BOLOGNESI. — *Th. Paris*, 1882.
BATIGNE et GANDY. — *Bull. Soc. Anat.*, 1901.
BROCA. — *Gazette des Hôpitaux*, 1856.
BATTLE W.-H. — *Lancet*, 1893, I, p. 781.
COSSON. — *Th. Paris*, 1879.
CHEVASSU. — *Arch. Méd. et Pharm. milit.*, Paris, 1896, XXVIII,
p. 255.
CHASSAIGNAC. — *Gazette des Hôpitaux*.
DUCASTAING. — *Paris Médical*, XXXVI, p. 248-250.
DEMAY. — *Th. Paris*, 1880.
DUMARQUAY. — *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1853, t. IV, p. 127.
DURANT. — *Th. Bordeaux*, 1893.
DEMOULIN. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1897.
DURLACHER. — *Munch. Med. Woch.*, 7 août 1906.
DUMOULIN. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1897.
FOUCHER. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1^{re} série, 1852, p. 24-41.
GARROD A.-E. — *St Barth. Hosp. Rep. Lond.*, XXIX, 1893,
p. 157.
GENTER A. G. — *Intern. Clin. Phila.*, 1893, 3, 1, III.
GURTIL. — *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. XXV, 1880.
HODGSON N. — *Brit. J. Surg. Bristol*, 1921-22, IX, p. 297.
HAYEM et GRUAUX. — *Gazette hebdom.*, 1878.
KOLACZECK. — *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. IX.
KOUPPER Catherine. — *Th. Montpellier*, 1909-1910.
KRASKE. — *Centralbl. f. Chir.*, 1880, n° 38, p. 609.
— *Munchn. Med. Wochenschr.*, 1887, n° 46, p. 889.

- KUSTER. — *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, LXXI, 3-4, 1904.
LAFOURCA E. — *Bull. Soc. Anat.*, 1895, p. 640.
LEEDERHOSE. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1897.
LANCÉREUX. — *J. de Méd. int.*, Paris, 1900, IV, p. 751.
MALAPERT. — *Bull. Soc. Anat.*, 1905, p. 389.
MAKINS. — *Tr. Path. Soc. Lond.*, 1887.
MOTTA. — *Bull. Soc. Anat.*, 1847, 1^{re} série, p. 412.
MULLER. — *Centralb. f. Chir.*, 1880, p. 609.
— *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 63.
NEGRONI. — *Arch. di ortopedia*, XXII, 2, 1905.
NÉLATON. — *Clinique*, 1856.
PERRIN DE LA TOUCHE. — *Bull. Soc. Anat.*, 1888, p. 441.
QUEYRAT L. — *Bull. Soc. franç. dermat. et syph.*, Paris, 1920,
XXXII, p. 57.
ROUTIER. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1913, p. 138.
RICHEL. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1867.
STOPPATO U. — *Tumori*, Roma, 1922-1923, IX, 31-43.
SPRENGEL. — *Centralbl. f. Chir.*, 1880, n° 9.
SUTER. — *Arch. f. Klin. Chir.* LXXV, 3, 1905.
CHATTOCK. — *Tr. path. Soc. Lond.*, 1892, 3, XLIV, 134.
SIMON. — *Tr. pathol. Soc. Lond.*, I, p. 153.
TOURNEUX et LEFEBRE. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1920,
XC, p. 596.
TILLAX. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1894.
TOREK F. — *New-York Med. Journ.*, 1^{er} juillet 1905.
WEISS G.-T. — *Th. d'agrégation*, Paris, 1888.
VOPT P. — *Lieferungen der. Deutsch. Chir.*, 64, p. 140.
VERNEUIL. — *Bull. Soc. Anat.*, 1854.
VOIRIN. — *Th. Paris*, 1904.
WORDSWORTH. — *The Lancet*, 1857, p. 63.
WELLS-SPENCER. — *Lancet*, 1857, I, p. 93.
VINCENT Joseph. — *Th. Lyon*, 1900.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	7
Introduction	11
Tumeurs fibreuses du bourrelet digito-palmar .	15
Tumeurs fibreuses développées autour d'un corps étranger	19
Fibromes de gaines synoviales	24
Fibromes de l'Aponévrose.....	41
Tumeurs fibreuses de la pulpe	44
Fibromes des loges celluluses de la paume	49
Fibromes à siège indifférent.....	57
Conclusions.....	75
Bibliographie	77
